

Pos. civ.
11. 8^e

11. 8^e
Pos. civ. 11. 8^e
Pos. civ. 11. 8^e

Sol. Civ.

10^v

Beck

* Diskussionsfragen *

Heft 1

I.

Zur Frage

der

Wertgethlichen Krankenpflege

Negationen

und

Positionen

Von

Dr. med. Gust. Beck
(Bern)



Bern

Verlag von Schmid, Francke & Co.

1894

Man bittet die zweite Seite des Umschlages zu beachten!

Zur Beachtung!

Mittels des Volksreferendums und der Volksinitiative ist das Schweizer-volk nachgerade zu seinem allerältesten republikanischen Institut, zur Landsgemeinde, zurückgekehrt, welche über Gesetz und Recht das letzte und endgültige Wort zu sprechen hat. Einer derartigen Landsgemeinde ein den modernen, gänzlich veränderten Verhältnissen angepaßtes Beratungslokal zu bieten, ist der Zweck unserer „Diskussionsfragen“, zu deren Mitarbeit und Abonnement wir hiermit einladen.

Der von der bisherigen Preßgewohnheit gänzlich abweichende Plan des Unternehmens ist folgender:

Jeder Autor, der über irgend eine Tagesfrage, vornehmlich wichtige Volksabstimmungsfragen eine gründliche, die Broschürendicke nicht überschreitende Arbeit zu liefern im Fall ist, benutzt die „Diskussionsfragen“ zur Herausgabe seiner Arbeit. Honorarbedingungen sind je nach der Bedeutung des Gegenstandes zu vereinbaren. Schriftliche Entgegnungen aller Art, sowie die wichtigeren in der Tagespresse über die betreffende Frage erscheinenden Aufsätze werden für ein nachfolgendes Heft behufs Referats oder Abdrucks gesammelt, größere, sachliche Entgegnungen unter Umständen ebenfalls honoriert.

Das ganze den Gegenstand des initiativen Aufsatzes betreffende Material wird sodann dem Autor desselben überliefert, der nun als Redaktor der fernern über den Gegenstand erscheinenden Hefte fungiert, wozu sich derselbe jedoch mit dem oder den intellektuellen Dirigenten des Unternehmens (bezüglich deren Unterhandlungen im Gange sind) in Verbindung zu setzen und über das weitere Vorgehen zu verständigen hat. Auf diese Art wird ermöglicht, jede Frage in völlig erschöpfender und zusammenhängender Weise zu erörtern und schließlich dem gesunden Menschenverstande zum Siege über alte und neue Vorurteile zu verhelfen.

Daß zufolge dieses Planes die Erscheinungsweise der „Diskussionsfragen“ eine gänzlich freie sein und bleiben muß, ist wohl selbstverständlich. Hingegen bietet sich hierdurch auch die Möglichkeit, mehrere Fragen gleichzeitig in Angriff zu nehmen, und laden wir daher jeden Bürger ein, der sich zur sachlichen Behandlung einer Frage für befähigt oder kraft seiner amtlichen Stellung für berechtigt hält, unsere „Diskussionsfragen“ als öffentlichen Sprechsaal zu benutzen.

An die Tagespresse richten wir die Bitte, unser Unternehmen wohlwollend durch Übermittlung von Nummern, welche den Gegenstand behandelnde Artikel enthalten, unterstützen zu wollen, unter Zusicherung gewissenhafter Citierung der betreffenden Zeitung oder Zeitschrift. Den Hh. Redaktoren kann es kaum entgehen, daß unser Unternehmen nicht nur keine Beeinträchtigung ihrer Thätigkeit beabsichtigt, sondern letztere im Gegenteil in hohem Grade fördert, da dasselbe ihnen die Gelegenheit bietet, das Schlachtfeld, auf welchem sich der Krieg der öffentlichen Meinung abspielt, in jedem gegebenen Augenblick vollständig übersehen zu können.

Die Verlagsbuchhandlung Schmid, Francke & Co.

Zur Frage

der

unentgeltlichen Krankenpflege.

Negationen und Positionen.

Von

Dr. med. **Gustav Beck**

(Bern).



Bern.

Verlag von Schmid, Franke & Co.

1894.

Buchdruckerei Karl Stämpfli & Cie. in Bern.



V o r w o r t.

Den Mut zur Veröffentlichung des nachstehenden Aufsatzes schöpfte ich aus dem warmen Beifall, den mein im Abschnitt „Positionen“ niedergelegtes Organisationsprojekt des allgemeinen Sanitätsdienstes in einem kleinen Kreise sehr urteilsberechtigter Herren gefunden hat, allerdings nicht ohne daß sehr gewichtige Fragezeichen zu demselben gemacht und der aggressive Ton der Schrift einstimmig verurteilt worden wäre. Bezüglich des Projekts betone ich ausdrücklich, daß ich dasselbe nur als Skizze betrachte, rücksichtlich deren Ausführungsweise und sogar Ausführbarkeit meine eigenen Ideen sich noch in vollem Entwicklungsstadium befinden. Den verurteilten aggressiven Ton wolle man mit der Wärme meiner Überzeugung entschuldigen, daß die meisten von unseren Socialdemokraten vorgeschlagenen socialen Reformen sich in der Richtung nach dem Kommunistenstaat bewegen, einer Staatsform, die mir so gründlich als möglich unsympathisch ist, weil ich sie für den direkten Gegensatz einer im wahren Sinn des Worts „socialen“ Republik halte. Überdieß bin ich durch meine zu höchst unliebsamen Verwechslungen Anlaß gebende Namens- und Titelverwandtschaft mit andern innerhalb unserer Landesgrenzen weit bekannteren Persönlichkeiten gewissermaßen genötigt, meine sowohl in socialpolitischer wie in religiöser Hinsicht äußerst undogmatische Sinnesart mit größter Entschiedenheit zum Ausdruck zu bringen.

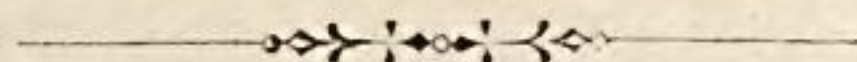
Zu persönlicher Animosität gegen Herrn Greulich oder irgend einen andern Befürworter der Initiative habe ich nicht den geringsten Anlaß, und lade ich daher jeden dieser Herren ein, mein Projekt in den von den Herren Verlegern in's Leben gerufenen „Diskussionsfragen“ ad absurdum zu führen.

Bern, Neujahrstag 1894.

Dr. med. **Gustav Beck.**

Inhalt.

	Seite
Negationen	5
Positionen	19
Die Verantwortlichkeiten für den Gesundheitszustand von	Seite
I. der Bevölkerung	21
II. des Arztestandes	25
Rückvergütungssystem für die Krankheitszeit	28
Kollegialsystem	34
III. des Staates	52
Thesen	61
Nachschrift	62



Negationen.

Unentgeltliche Krankenpflege! Also Recht auf Gesundheit! Ein „greulich“ fettes Wort mit „greulich“ leichter Zunge ausgesprochen! Übrigens eine unanfechtbar logische Folgerung des bereits verlangten „Rechts auf Arbeit“, denn wer das Recht auf Arbeit erhält, muß auch selbstverständlich „das Recht auf ungeschwächte Arbeitskraft“ erhalten. Wie beim Recht auf Arbeit für den Verlust der Arbeitsgelegenheit, so wird auch hier für den Verlust der Arbeitskraft, beziehungsweise der Gesundheit, die Verantwortlichkeit dem Staat, als „Mädchen für alles“, aufgebürdet, das nächstens auch das zerbrochene Spielzeug der Kinder, wenn dasselbe als Vehrmittel deklariert wird, unentgeltlich wieder zu ersetzen hat.

Wenn man übrigens von der gewiß wohlberechtigten modernen Auffassung ausgeht, „daß der Staat auf jede mögliche Art die Wohlfahrt seiner Bürger zu fördern habe“, so hat der Gedanke der Unentgeltlichkeit der Krankenpflege etwas so Bestechendes, daß es sich wohl der Mühe lohnt, zu untersuchen, ob mit der Einführung derselben etwas Nützliches für die allgemeine Wohlfahrt erzielt werde.

Das Initiativbegehren der Herren Greulich und Cie. spricht von „ärztlichem Rat und Beistand“ und „Heilmitteln“, die „unentgeltlich“ gewährt werden sollen. Der erste Ausdruck ist nicht mißverständlich, der zweite dagegen

außerordentlich elastisch, wie ich später zeigen werde. So viel ist indessen daraus zu ersehen, daß die Frage der Unentgeltlichkeit der Krankenpflege sich hauptsächlich um den **ärztlichen Beruf** dreht, dessen Geschäft darin besteht, die Anwendung und Verabreichung von Heilmitteln jeglicher Art und Kategorie anzuordnen. Wir haben uns daher vor allem aus mit der Natur dieses Berufes zu befassen, wenn wir über die Zweckmäßigkeit des Initiativbegehrens ein Urtheil gewinnen wollen.

Der Beruf des Arztes zerfällt in zwei in sanitärischer Beziehung diametral entgegengesetzte Richtungen. Die eine von alters her bekannte besteht in der Wiederherstellung der Gesundheit. Nach dieser Richtung kann daher der Beruf des Arztes als eine Reparaturarbeit bezeichnet werden, deren möglichst häufige Wiederholung seine Erwerbsquelle bildet, somit seine Existenzfähigkeit bedingt. Sein egoistisches Interesse wird daher nach dieser Richtung nur durch Krankheit und nicht durch Gesundheit befriedigt, ähnlich wie dasjenige des Advokaten, das ebenfalls nur im Streit und nicht im Frieden seine Rechnung findet.

Erst in neuerer Zeit, wo die Ergebnisse der Naturforschung uns darüber belehren, daß wir, wie in vielen andern Dingen, auch in gesundheitlicher Beziehung Besseres thun können, als „den lieben Gott walten zu lassen und auf ihn alle Zeit zu hoffen“ und nebenbei mit Gottes Hülfe uns Rezepte verschreiben zu lassen, wenn wir krank sind, fängt das Publikum an, zu begreifen, daß dem Arzt vermöge seines Studiums der Krankheitsursachen auch die Aufgabe der Gesundheitserhaltung zufällt, deren er mittelst Vernichtung und Verhinderung der Krankheitsursachen nach Maßgabe seiner Kenntnisse sich zu entledigen verpflichtet fühlen muß — eine Aufgabe indessen, die, wenn sie in idealer Weise erfüllt werden könnte, seine Erwerbs-

quelle, die aus der Krankheit und nicht aus der Gesundheit entspringt, zum Versiegen bringen würde.

Zwischen diesen beiden kontradiktorischen Richtungen ihres Berufes nun suchen die Ärzte bei den heutigen Einrichtungen, die sie von Gesetzes wegen zur letztern ermächtigen, zur erstern verpflichten, tant bien que mal durchzukommen, wobei man ihnen im allgemeinen das Zeugnis nicht versagen wird, daß sie, ohne sich gerade für die Erhaltung der Gesundheit (im Gegensatz zur Wiederherstellung verstanden) enorm anzustrengen, immerhin bei vorkommenden Gelegenheiten, einige von Amts wegen, andere aus Menschenfreundlichkeit, den Fragen der Volkshygieine ein wohlwollendes Interesse schenken. Der große Haufe der Ärzte indessen pflegt wohl das tägliche Pensum seines berufsethischen Notenheftes wie andere von ihrem Berufe lebende Ehrenmänner nach der Melodie „a Bissele Lieb' und a Bissele Treu' und a Bissele Falschheit is allweil dabei“ abzuspielen.

Wenn ich nun die Frage aufwerfe, ob nicht eine Lösung dieses grundsätzlichen Konfliktes möglich sei, durch neue Einrichtungen, welche, vom staatlichen Zweck der Erhaltung der Gesundheit ausgehend, den ärztlichen Beruf derart regulieren würden, daß dem Gewerbe der Gesundheitswiederherstellung der Boden der pekuniären Spekulation entzogen wird, so werden mir die Herren Greulich und Cie. sofort unisono antworten: Unser Initiativbegehren erfüllt ja diesen Zweck in vollkommenster Weise, da vermöge der durch die unentgeltliche Krankenpflege unabweislich geforderten Staatsanstellung der Ärzte deren Selbsterhaltungstrieb seine volle Befriedigung findet und sie bei fixem Honorar das größte Interesse daran haben, ihre Arbeit möglichst zu vermindern, bezw. den kranken Bürger möglichst rasch wieder der Gesundheit zuzuführen.

Scheinbar ist nichts gegen diese Schlußfolgerung einzuwenden, als daß es noch gewisse andere Mittel der Arbeitserleichterung für fix honorierte Ärzte giebt, als die möglichst rasche Wiederherstellung der Gesundheit des Patienten. In Wirklichkeit dagegen bedeutet die Wiederherstellung der Gesundheit noch lange nicht die Verhinderung der Krankheit. Die erstere wird der fix besoldete Arzt pflichtschuldigst nach Möglichkeit anstreben, wenn ihm auch der weit intensiver als das pekuniäre Interesse wirkende Sporn des persönlichen Ehrgeizes dafür abgeht; der letztern Aufgabe dagegen wird er nur als eine höhern Orts benützte Maschine ohne selbständiges Interesse dienen, nicht nur weil sie für ihn Vermehrung der Arbeit ohne erhebliche Vermehrung seiner Einnahmen bedingt, sondern weil er bald seine Ohnmächtigkeit einsehen wird, wenn er sich derselben aus Menschenfreundlichkeit unterziehen will.

Wenn somit auch zugegeben werden kann, daß die Jagd nach Patienten bei staatlich angestellten Ärzten dahinfällt, so ist damit noch keineswegs der Zweck erreicht, die Erhaltung der Volksgesundheit in den Interessenkreis des ärztlichen Standes zu ziehen, und wird im Grunde nur an die Stelle der Patientenjägerei die noch viel schlimmere Stellenjägerei gesetzt, worüber weiter unten noch einige Worte.

Überhaupt dürfte es kaum einen Stand geben, auf dessen Charakter und Bildungsgrad die Staatsanstellung einen deletärerem Einfluß ausüben würde, als der ärztliche. Daß die fix besoldeten Spitalärzte fast durchgehend eine hohe Achtung genießen und verdienen, ist kein Beweis des Gegenteils; denn erstens üben sie nebenher fast immer eine mindestens konsultative und zwar meist sehr lukrative Praxis, zweitens liegen hier die Verhältnisse noch in mancher anderen Beziehung, die zu erörtern zu weit führen würde, ganz anders, als dies bei fix besoldeten, nur Privatpraxis betreibenden Ärzten der Fall wäre.

Es treten übrigens in dieser Beziehung zwei Fragen in den Vordergrund, über welche das Initiativbegehren sich nicht ausspricht. Nämlich: Sollen neben den staatlich angestellten Ärzten andere geduldet werden oder nicht? Im letztern Falle würde die Staatsanstellung für den Arzt ein in finanzieller Beziehung derart sanftes Ruhefissen darstellen, daß ihm jeder Sporn, sich in wissenschaftlicher Beziehung auf der Höhe seiner Konkurrenten zu halten, genommen wird, und dies um so mehr, wenn er nicht auf Staatskosten, sondern aus eigenen Mitteln die hierzu nötigen Bücher und übrigen Requisite sich anschaffen muß. Ferner würde die stets noch in hoher Blüte befindliche Kurpfuscherei erst recht groß und zu Ehren gezogen werden, denn was würde dem Arzt an der Bekämpfung derselben liegen, da ihm dieselbe nicht nur keinen Schaden, sondern vermöge der durch sie gewonnenen Arbeitserleichterung sogar Nutzen bringen würde! Endlich ist es wohl nicht unwahrscheinlich, daß an der Stelle des gegenwärtig auf der Bühne des Berufs sich abspielenden Konkurrenzneides eine nicht minder verächtliche Streberei, ein Buhlen um Professorengunst bei den Studenten, um Regierungs- oder Wahlkreis-Matadorengunst (Volkswahl der Ärzte!) bei den Ärzten sich hinter der Bühne einstellen würde.

Daß diese Strebereien in noch viel höherem Maß sich geltend machen würden, wenn dem kaum abweisbaren Verlangen des Publikums nach freier Ärztemahl durch Duldung freier Ärzte neben den fix besoldeten entsprochen würde, läßt sich wohl kaum bezweifeln.

Der thatsächliche Beweis solcher Zustände wird durch Berichte aus Deutschland geliefert, wo einerseits Ärzte von sehr fragwürdiger Achtung sich in die fixen Anstellungen der Kassenärzte und Hausärzte hineinstrebern, anderseits die mit fixem Salär bereits bedachten Ärzte mittelst aller erdenkbaren Intriguen und Verdächtigungen aus ihren

Stellungen hinausgestrebert werden. Wie herrlich würde die Sache erst bei uns infolge der von Herrn Greulich angestrebten Volkswahl der Ärzte werden! Nun, den Herren Greulich und Cie. wird es wohl noch gelingen, die Proportionalität der Ärzte zu „initiiieren“. Das moderne Princip der Proportionalität würde alsdann logischerweise erfordern, daß das allopathisch, homöopathisch, kneippianisch, kurpfuscherlich gesinnte Publikum entsprechende Vertretung im Ärztestande erhielte. Und wie bald würde von den Ärzten auch ein kirchliches und politisches Glaubensbekenntnis verlangt werden, wie es heutzutage in Deutschland bei fix besoldeten Kassen-, Gemeinde-, Spital- und Hausärzten bereits allgemein üblich ist!

Man mag nun diese auf die Natur des ärztlichen Berufes sich beziehenden Einwürfe gegen das Initiativbegehren als berechtigt anerkennen oder nicht, so ist eines unumstößlich sicher, nämlich: daß der Krankenstand und zwar sowohl derjenige außerhalb, als derjenige innerhalb der Spitäler sich nicht nur nicht vermindern, sondern beträchtlich steigern wird und zwar:

In erster Linie hauptsächlich aus dem Grunde, weil das eigentümliche Geschöpf „Mensch“ genannt, dasjenige ist, das unter allen Geschöpfen am allerwenigsten zu seinem höchsten Gut, der Gesundheit, Sorge trägt und das um so liederlicher damit umgehen und um so unverschämter die Wiederherstellung seiner Gesundheit verlangen wird, je unentgeltlicher der Arzt seine Hülfe zu leisten verpflichtet ist. Ist es daher vernünftig und gerecht, zu verlangen, daß nicht nur der Arzt mit Aufopferung seiner Zeit und seiner Lebenskraft, sondern auch der Staat, bezw. die Steuerzahler, die Millionen von Sünden bezahlen sollen, welche die Menschen an ihrem eigenen, wie an ihrer Kinder, ihrer Nachkommen Leibe bis ins xte Glied, ihren Ehegatten, ihren Untergebenen &c. in mehr

oder minder hellem Bewußtsein der Folgen ihrer Handlungen begehen? Oder glaubt man etwa die allgemeine Wohlfahrt zu fördern, wenn dem Menschen jeder Schaden, den er sich durch eigenen Unverstand zufügt, wieder ersetzt wird?

Weit intensiver, wenn auch indirekt, wird der Krankenstand dadurch beeinflusst werden, daß der Staat niemals dem Arzte alle Heilmittel wird liefern wollen oder können, deren er zur Heilung der Patienten bedarf. Denn zu einer richtigen Krankenpflege genügen noch lange nicht der „ärztliche Rat und Beistand“ und die Lieferung sämtlicher aus den Apotheken zu beziehenden Heilmittel (womit die Herren Greulich und Cie. vermutlich die Krankenpflege abgeschlossen wähnen!), sondern es müssen hierzu noch eine ganze Reihe zum Teil sehr kostspieliger anderer Heilmittel und Dienstleistungen herangezogen werden, wenn anders die sogenannte unentgeltliche Krankenpflege nicht zur reinen Komödie herabsinken und zu gewissenlosester Verschwendung selbst „tabaksmonopolisch“ gemästeter Staatsfinanzen führen soll.

Als weitere Heilmittel sind nämlich u. a. aufzuzählen: 1) Qualitative und quantitative Beschaffenheit der Kranken Speisen und übrigen diätetischen Restaurationsmittel. 2) Beschaffenheit der immobilien und mobilen Bestandteile und Utensilien der Krankenzimmer, hauptsächlich der Betten. 3) Pflegepersonal. 4) Besondere Anforderungen der Konvaleszenzperiode. Ich schließe die „tabaksmonopolisch“ bereits übermäßig belastete Liste von Dingen, welche nur die Spitalpflege, die Privatkrankenpflege dagegen in den meisten Fällen nur höchst fragmentarisch zu leisten vermag, mit einem 2c. 2c., da sich unmöglich am Schreibtisch alles voraus berechnen läßt, wessen der Arzt als Heilmittel im weitesten Sinne bedarf, um die Verantwortung für die Wiederherstellung der Gesundheit seiner Patienten über-

nehmen zu können. — Sogar den Herren Greulich und Cie. kann es somit unmöglich entgehen, daß das Initiativbegehren bei derartiger Ausführung auf eine seinen Zweck geradezu vernichtende Kollision mit den staatlichen Finanzmitteln stoßen wird, und dürfen wir daher von vorneherein annehmen, daß die Initianten unter „Heilmittel“ nur die Lieferungen der Apotheken, also höchstens Medikamente, Mineralwasser und Medizinalweine verstanden wissen wollten, was aber wohlweislich von ihnen verschwiegen wird.

Auch das wirkliche oder vermeintliche Bedürfnis nach Spitälern wird sich in kaum voraus zu berechnender Weise vermehren. Das wirkliche, weil der Arzt kraft seines Amtes viel mehr als bisher den Patienten auf Spitalverpflegung anweisen wird, da er weiß, daß letzterer nur vermöge der dortigen Konzentration aller Hülfsmittel wieder gesund werden könne, das vermeintliche, weil der fix besoldete Arzt das natürliche Bedürfnis empfinden wird, sich Arbeitsleistungen, die ihm keinen materiellen Vorteil bringen, zu ersparen, und dies um so mehr, da er überzeugt sein darf, hiermit eher Nutzen als Schaden zu stiften.

Ferner wird ein höchst undemokratischer Charakter dem Initiativbegehren durch die Benachteiligung verliehen, welche die weit von den Verkehrscentren wohnenden Patienten durch dasselbe erfahren und welche in direktem Verhältnis zur Entfernung wächst. Ein praktischer Vergleich wird dieses Verhältnis am besten erläutern:

Es sei in Guttannen oben ein Arzt mit fixer Besoldung stationiert. Zu ihm komme der Christen Michel, Schuhmacher des Dorfes, der seine Familie in gesunden Tagen honorig durchbringt. Er hat ein chronisches Kehlkopfübel, das ihn zwar am Arbeiten nicht verhindert, allein immerhin eine sehr sachgemäße Behandlung verlangt und Schlimmes befürchten läßt. Der Arzt vermutet

hinter diesem Übel operable, gutartige Kehlkopfgeschwülste, zu deren genauer Untersuchung und Behandlung ihm sowohl die technische Erfahrung als auch die materiellen Requisite fehlen. Die Folge hiervon: Der Christen Michel wird entweder zur Untersuchung und Behandlung seines Leidens nach Bern geschickt (auf wessen Kosten?) oder zu Hause vom Arzte selbst oder von Kurpfuschern schlecht oder auch gar nicht behandelt.

Nun das Gegenstück:

Der Fabrikarbeiter Müller in Bern leidet an demselben Übel; zweckentsprechende Hülfe in der Poliklinik des Inselspitals. Müller braucht nur täglich einige Minuten beim Spezialisten zu verweilen, um unentgeltlich, ohne Schädigung seiner Arbeitszeit, ohne Entbehrungen irgend welcher Art für seine Familie befürchten zu müssen, geheilt zu werden. In Momenten augenblicklicher Lebensgefahr, welche bei derartigen Leiden trotz ihrer Gutartigkeit öfters eintreten und vom erfahrenen Spezialisten sofort gehoben werden, hat er solche unmittelbar zur Hand. Der Ch. Michel aber nur, wenn er während seiner Spitalsbehandlung seine Familie in Guttannen oben unterdessen verserbelt läßt.

Es müßte demnach, wenn anders das Prinzip der Gleichberechtigung aller Bürger gegenüber den staatlichen Einrichtungen zur Geltung kommen soll, im citierten Beispiele entweder mindestens dafür gesorgt werden, daß Michel aus Staatsmitteln nach Bern befördert und seine Familie während seiner Spitalsbehandlung vor Nahrungsorgen bewahrt würde, oder daß ihm an Ort und Stelle die Hülfe eines specialistisch ausgebildeten Arztes zu teil würde. Andernfalls wäre die socialdemokratische Wohlthat der unentgeltlichen Krankenpflege mit einer ziemlich „greulichen“ Ungerechtigkeit gegenüber vielen Bürgern verbunden, die sich kaum auf andere, als die soeben angegebene, für

die staatlichen Finanzmittel sozusagen unerschwingliche Weise beseitigen ließe.

Rücksichtlich der pharmaceutischen Hülfsmittel, in deren Verordnung leider das Publikum die Hauptsache der ärztlichen Behandlung zu erblicken gewohnt ist, läßt sich mit Sicherheit voraussehen, daß der Einführung der in obigem Sinne verstandenen „unentgeltlichen Krankenpflege“ die Monopolisierung des Arzneimittelvekaufs, beziehungsweise die allgemeine Einrichtung von Staatsapotheken und die Anstellung von Staatsapothekern, sofort folgen müßte; ferner würde der Staat behufs Erzielung von Ersparnissen wohl sehr bald in Versuchung kommen, auch den Ankauf oder die Fabrikation von Chemikalien zu monopolisieren. Ferner müßten fachmännische Personen oder Kommissionen ernannt werden, um über die Einführung neuer, durch die Fortschritte der Wissenschaft geforderter Medikamente schlüssig zu werden, strenge Kontrolle über die Führung sämtlicher Apotheken zu üben *zc.* Staatliche Beschaffung diätetischer Restaurationsmittel würde wohl ebenfalls bald nachfolgen. Kurzum, ein Ende des Regierens und Monopolisierens wäre kaum abzusehen. Zu hoffen wäre freilich, daß das Publikum durch ein derartiges Experiment noch rechtzeitig, aber leider nicht unentgeltlich von der Bureaucratitis communistica geheilt würde.

Ein anderer Umstand ist bei der erwähnten Beschränkung des Begriffes „Krankenpflege“ auf die ärztliche und pharmaceutische Hülfeleistung ebenfalls in Betracht zu ziehen: Es ist nämlich ein auch von allen Krankenkassen-Instituten begangener Fehler, den ärztlichen Rat und Beistand mit der Thätigkeit des Apothekers unter ein und dieselbe Kategorie zu bringen. Es ist dies deshalb so grundfalsch, weil die Beziehungen des Apothekers zum individuellen oder Kollektiv-Patienten (unter welchem Namen ich alle Unterstützungsinstitute für Kranke ver-

stehe), wie die Beziehungen zu allen übrigen vom Arzte zu Dienst- oder Materialleistungen an den Patienten herbeigezogenen Personen einfach Komptabilitätsbeziehungen sind, welche auch für die Unterstützungsinstitute, mögen private oder öffentliche Kassen als solche fungieren, nur eine quantitative Finanzfrage bilden und in diesem Sinne von ihnen reguliert werden, während die Beziehungen des Arztes zu den individuellen und kollektiven Patienten wesentlich von dem Vertrauen abhängen, das sie dem Arzte entgegenbringen. Da nun weder die Patienten von den Unterstützungsinstituten, noch diese von jenen sich in der Wahl ihrer Vertrauensärzte beeinträchtigen zu lassen wünschen, so entstehen hieraus eine Reihe von Schwierigkeiten und Konflikten, welche um so unüberwindlicher werden, je umfangreicher die Unterstützungsinstitute organisiert sind, während andererseits die finanziellen Rücksichten im Gegenteil eine möglichst umfangreiche Organisation verlangen. Nach meinem Dafürhalten werden daher sämtliche Krankenversicherungsprojekte nur mangelhafte Resultate liefern, solange nicht die Ansicht in ihnen zum Durchbruch kommt, daß die Lieferung der Medikamente in die Kategorie aller übrigen Lieferungen und Dienstleistungen zu stellen ist, die der Arzt zu verordnen für gut findet, daß die Beziehungen der Unterstützungsinstitute zum Arzte dagegen, und zwar zu ihm allein, nur vom Gesichtspunkte seiner qualitativen, nicht seiner quantitativen Leistungen zu regulieren und zu organisieren sind. Der hier konstatierte Unterschied zwischen der ärztlichen Leistung und der Lieferung von Medikamenten findet auch darin seine Begründung, daß die erstere eigentlich gar nicht als Krankenpflege, sondern vielmehr als Gesundheitspflege zu bezeichnen ist, vermöge deren der Arzt alles anzuordnen, aber nicht selbst

auszuführen hat, was zu deren Förderung dienen kann, in ähnlichem Sinne wie der Advokat der Rechtspflege und nicht der Unrechtspflege obliegt oder wenigstens obliegen soll, und diejenigen Anordnungen zu treffen hat, welche das geschehene Unrecht beseitigen sollen.

Noch sei mit einem Worte des Krankenpflegerpersonals als eines der wichtigsten Faktoren für zweckentsprechende Krankenpflege gedacht. Selbst wenn die Ausbildung desselben wie bisher der Privatinitiative überlassen würde, so wäre immerhin der Staat zur Sicherung der zweckentsprechenden Verwendung seiner enormen Auslagen genötigt, für eine richtige Verteilung des Personals besorgt zu sein, und müßte der Staat auch die Anstellung der Ärzte und Errichtung von Apotheken an den hierfür auserlesenen Stellen davon abhängig machen, daß in den betreffenden Bezirken auch wirklich für genügendes Krankenpflegerpersonal gesorgt sei. Organisatorische und finanzielle Schwierigkeiten aller Art würden daher auch in dieser Beziehung entstehen.

Das Ergebnis, das ich aus obigen Erörterungen ziehe, ist folgendes. Die Erhaltung der Volksgesundheit ist, vom Gesichtspunkt des modernen Staatsbegriffs beurteilt, eine logisch und rationell wohl begründete Anforderung an denselben. Die Wiederherstellung der Gesundheit auf Staatskosten dagegen ist 1. grundsätzlich zu verwerfen, weil hierbei die Verantwortlichkeit des Bürgers für Erhaltung seiner Gesundheit nicht in Anspruch genommen wird, 2. praktisch unausführbar, weil die finanziellen Folgen des zweckentsprechend durchgeführten Initiativbegehrens auch nicht annähernd zum Voraus berechenbar sind.

Zum Schlusse dieses „negierenden“ Abschnittes über das neue Initiativbegehren kann ich es mir nicht versagen, auch dem mit der unentgeltlichen Krankenpflege verquickten

Tabakmonopol eine Betrachtung zu widmen. Daß dasselbe nur als Verlegenheitsparagraph in die Verfassung eingeführt werden soll, weil den Herren Socialdemokraten keine finanziell ergiebigeren und zu Stimmungszwecken dienlicheren Vorschläge einfallen, ist dieser Forderung allzu deutlich auf die Stirne geschrieben, als daß hierüber ein Wort zu verlieren wäre. Will man hierbei direkt und ausschließlich fiskalisch zu Werke gehen, so wäre doch wohl das Alkoholmonopol eine in weit engerer Beziehung zur Krankenpflege stehende Finanzquelle, da die Alkoholisten zwar weniger direkt als indirekt durch Schwächung ihrer Konstitution, Zerrüttung ihrer Familienverhältnisse, Erzeugung geistes- und körperschwacher Kinder zc. vielleicht am meisten zur Vermehrung des Krankenstandes beitragen, somit logischerweise eigentlich in erster Linie die Einkünfte dieses Monopols zur Durchführung der unentgeltlichen Krankenpflege heranzuziehen wären, woran übrigens aus x Gründen nicht zu denken ist.

Gingegen kann ich den frommen Wunsch nicht unterdrücken, es möchte doch baldigst dieser neumodischen, occasionellen Verfassungsfabrikation, die in der Schächtinitiative einen würdigen Vorläufer gefunden hat, in den Räten dadurch der Kiegel gesteckt werden, daß eine allgemein verständliche Definition des Begriffes „Verfassung“ gegenüber dem Begriffe „Gesetz“ aufgestellt würde. Andernfalls dürfte es unter dem Zeichen der Verfassungsinitiative wohl in wenigen Jahren dazu kommen, daß wir an Stelle einer Verfassung ein Sammelsurium kontradiktorischer Gesetze erhalten, welche die Steuerung unseres Staatsschiffes derart behindern, daß dann allerdings dasselbe dem von gewissen Leuten so sehnlichst herbeigewünschten Schiffbruch entgegensegeln würde.

Im speciellen Falle scheint mir das Initiativbegehren der unentgeltlichen Krankenpflege immerhin den Titel eines

Verfassungsparagraphen zu verdienen, mit nichten aber das Tabakmonopol, da dasselbe in flagranter Weise dem in der Verfassung aufgestellten Grundsatz der Handels- und Gewerbefreiheit widerspricht, ohne unter irgend welchen andern Gesichtspunkt subsummiert werden zu können, zu folgedessen im Interesse der öffentlichen Wohlfahrt dem Staat die Beschränkung dieser Freiheit gestattet werden kann. Wo würde diese Beschränkungsbefugnis eine Grenze finden, wenn dem Staat gestattet würde, rein fiskalische Monopole zu errichten, deren Natur zu dem Zwecke, dem sie de facto dienen sollen, in gar keiner Beziehung steht?

Eine wenig segensreiche Wirkung wird die Initiative für das Tabakmonopol unter allen Umständen zur Folge haben, nämlich diese, die Frage über das Zündhölzchenmonopol wieder ins Hintertreffen zu versetzen, eine Frage, vor welcher die Gewerbefreiheit unbedingt zurückweichen muß, weil von der Lösung derselben die direkte und unmittelbare Verhinderung der schrecklichsten aller Fabrikkrankheiten erwartet werden darf. Aber „Phosphornekrose“, das ist freilich kein Schlagwort, mit welchem sich das evangelische Wunder ausführen läßt, aus einem einzigen Brotkorbe eine nach 50,000 zu zählende Volksmenge zu füttern.

Der Leser möge diesen eigentlich nicht hierher gehörigen Exkurs ob des Unmutes verzeihen, den ich darüber empfinde, daß die so hochtönend ideale Erfindung der unentgeltlichen Krankenpflege mittelst staatlicher Cigarrenläden eingeführt werden soll, deren finanzielle Unzulänglichkeit ohnehin schon sattham von anderer Seite beleuchtet wurde. Das Mittel erinnert gewissermaßen an die berühmte Gründung der medizinischen Fakultät in Freiburg mittelst Lotterielosen und an gewisse andere Exempla odiosa.

Positionen.

Ich habe oben angeführt, daß die ärztliche Thätigkeit in zwei grundverschiedene Richtungen zerfällt, die sich beinahe zu einander verhalten wie Reparatur=Arbeit und Produktiv=Arbeit; die erste für das Laien=Publikum weit hin sichtbar und daher sozusagen allein von demselben gewertet, die andere, sofern sie als individuelle Arbeit des Arztes geübt wird, kaum beachtet, geschweige denn belohnt, und dennoch vielfach und namentlich in volkswirtschaftlicher Beziehung, besonders wenn seine Arbeit höhern Orts Unterstützung findet, erheblich Größeres leistend und für die Zukunft noch viel Größeres versprechend, als jene.

Wenn es nun möglich wäre, die Beziehungen der Volksgesundheit zum ärztlichen Beruf in eine Form zu bringen, zufolge welcher die ärztliche Thätigkeit nach der Qualität ihrer produktiven, auf die Erhaltung der Gesundheit gerichteten Leistungen abgelöhnt würde, so würde hierdurch das pekuniäre Interesse des Arztes oder sein Selbsterhaltungstrieb mit dem Interesse, das der moderne Staat an der Erhaltung der Volksgesundheit als wichtigster Grundlage der staatlichen Wohlfahrt zu nehmen verpflichtet ist, in vollkommenen Einklang gebracht.

Es schwebt mir nun eine derartige Form oder Reform vor, die ich hiermit der Öffentlichkeit unterbreite,

nicht etwa zum Zweck, eine Kontra-Initiative ins Werk zu setzen, sondern nur um eine Diskussion unter Männern anzuregen, die sich nicht durch die Suggestion althergebrachter Schablonen in ihrem Urtheil über neue, die ausgetretenen Geleise verlassende Vorschläge beirren lassen. Die nähere Auseinandersetzung und Begründung dieser Reform wird sich im Verlaufe des hier folgenden Abschnittes aus der Aufzählung und Untersuchung dreier Faktoren ergeben, welche vornehmlich für den Gesundheitszustand eines Volkes verantwortlich zu machen sind. Dies sind:

1. Die Bevölkerung, d. h. die mündigen, beziehungsweise erwerbsfähigen Einwohner, für ihre eigene Person, ihre Familien und bis zu einem gewissen Grade für ihre Geschäftsangestellten, 2. der Ärztestand, 3. der Staat, beziehungsweise dessen gesetzgebende und exekutive allgemeine und kommunale Behörden.

Seiner Verantwortlichkeit wird sich jeder dieser Faktoren am ehesten und sichersten bewußt werden, wenn die Schädigungen des Gesundheitszustandes, beziehungsweise die Unterlassungssünden an der Förderung desselben, mit materieller Einbuße seiner jeweiligen finanziellen Erwerbsquelle verbunden sind, wie andererseits das Interesse an der Förderung des Gesundheitszustandes geweckt wird, wenn diese Förderung für den Staatsbürger, den Arzt, wie auch für den Staat eine Zunahme seiner Wohlfahrt und seiner Erwerbsquellen zur Folge hat.

Die wichtigste Aufgabe einer rationellen Gesundheitspflege wird nun darin bestehen, die Verantwortlichkeit für die allgemeine Gesundheit in möglichst zweckentsprechender Weise auf die genannten Faktoren zu verteilen, und nötigt mich dies, zu untersuchen, wie es bisher mit jedem einzelnen dieser Faktoren bestellt war, und welches die Änderungen sind, welche aus der angegebenen Grundlage

mit Notwendigkeit sich entwickeln, wobei ich nicht umhin kann, noch einigemal die eventuellen Folgen des Initiativbegehrens damit zu vergleichen.

I.

Bezüglich des ersten der drei genannten Faktoren, den ich der Bequemlichkeit wegen mit dem Namen „Patienten“ bezeichnen will (d. h. mit andern Worten die Individuen, welche Patienten sind oder es werden können), so läßt sich wohl behaupten, daß bis in neuere Zeit in finanzieller Beziehung wenigstens der weitaus größte Teil der Verantwortlichkeit von ihnen getragen wurde, denn mit Ausnahme der ohnehin der öffentlichen Unterstützung anheimfallenden Individuen mußte jedermann die Kosten der Gesundheitschädigung, mochten sie aus welcher Ursache auch immer entstanden sein, selbst tragen. Erst die dem socialen Zuge der modernen Zeit entsprungenen Gründungen von Versicherungs- und Unterstützungsinstituten haben in dieser Beziehung bis zu einem gewissen Grade Wandel geschaffen, jedoch nicht in der Weise, daß die Verantwortlichkeit für die Gesundheit einem der beiden andern obgenannten Faktoren übertragen wird, sondern daß an die Stelle eines individuellen Patienten ein Kollektivpatient tritt, der seinerseits die Kosten und die Verantwortlichkeit der Gesundheitschädigungen seiner Bestandteile übernimmt.

Es ist nun allgemein bekannt, wie ängstlich diese Kollektivpatienten mit Zug und Recht darauf bedacht sind, sich vor dem Mißbrauch des Kollektivinstituts durch den Einzelpatienten zu schützen. Welches enormen Polizeiapparates, beiläufig gesagt, der Staat bedürfte, wenn er in gleicher Weise an die Stelle dieser immerhin genau und eng umgrenzten Kollektivpatienten treten würde, liegt

auf der Hand. Die Initianten freilich, welche einen einzigen solchen Kollektivpatienten, nämlich den Staat, unter Beseitigung aller andern bisherigen aufzustellen trachten, entledigen sich der erwähnten Aufgabe in sehr prompter Weise dadurch, daß sie hauptsächlich die fix besoldeten Ärzte mit dem mißbräuchlichen Unfug belasten, der zweifellos aus der unentgeltlichen Krankenpflege entstehen würde, und diese nun ihr jährliches Honorar für genügend erachten müssen, um jederzeit, Tag und Nacht, dem leidenden und zu leiden glaubenden Publikum zu Gebote zu stehen, andrerseits aber in finanzieller Beziehung die Frage gänzlich offen lassen, in welcher Weise der mißbräuchlichen Inanspruchnahme des Staates, für Lieferung aller möglichen zur Krankenpflege nötigen Gegenstände und Dienstleistungen, gesteuert werden soll.

Bekanntlich sind nun die Wohlthätigkeits- und Unterstützungsinstitute, welche eben jene Kollektivpatienten darstellen, fast nur unter den Arbeiterkreisen und der städtischen Bevölkerung verbreitet, während die ackerbautreibende Bevölkerung derselben aus verschiedenen Gründen größtentheils entbehrt. Hieraus folgt, daß nicht nur die Patienten überhaupt, sondern in ganz unverhältnismäßiger Weise eine Menge sehr wenig bemittelter Patienten mit der Verantwortlichkeit ihres Krankwerdens bisher belastet wurden, denen sowohl die Möglichkeit, diese Verantwortlichkeit mit den Mitgliedern einer Krankenkasse teilen zu können, wie auch die andere, sich in Spitälern gratis behandeln zu lassen, versagt ist. Es ist dies jene unglückliche Mittelklasse von Patienten vorwiegend bürgerlichen Standes, welche, weder armen- oder spendgenössig, noch begütert, weder gesund genug, um in Krankenkassen, noch hinlänglich krank, um in den ohnehin überfüllten Spitälern Aufnahme zu finden, weiter Entfernung halber die ärztliche Hülfe nur unter großen finanziellen Opfern sich verschaffen können.

Was soll für solche Patienten die papierene Hülfe des ohnehin „greulich“ belasteten Staatsarztes leisten?

Es ist daher mehr als gerechtfertigt, sich nach einem Verfahren umzusehen, das im stande wäre, die Wohlthaten der ärztlichen Pflege derart zu verbreiten, daß dieselbe auch den entferntesten Gebirgsbewohnern auf billige Weise zu teil werde, und ohne in dem Patienten das demütigende Gefühl eines erhaltenen Almosens zu erwecken. Ebenso wenig soll die Qualität der Pflege dadurch herabgesetzt werden, daß die fix besoldeten Arztestellen mit Ärzten mindern Schlages besetzt werden, während die obern 10,000 die besten Ärzte für sich in Pacht nehmen. Es ist nämlich mit mathematischer Sicherheit vorauszusehen, daß die vorliegende Form des Initiativbegehrens, welches allerlei Fliegen mit einem Schlag zu treffen trachtet, einen solchen mit den sonstigen Tendenzen der Socialdemokratie im flagranten Widerspruch stehenden Zustand herbeiführen würde, sofern neben den Staatsärzten auch frei praktizierende geduldet werden. Daneben aber wird anderseits durch das Initiativbegehren das Kind mit dem Bade ausgeschüttet, d. h. der Patient aller und jeder Verantwortlichkeit für seine Gesundheit enthoben, was ebenso irrationell ist, als das Gegenteil.

Ob schon ich nun im allgemeinen den sogenannten Mittelwegen keine große Sympathie entgegenbringe, so scheint mir ein solcher hier doch das Richtige zu treffen, nach welchem der Patient, bezw. der Kollektivpatient, in demnächst zu erörternder Weise von den Arztkosten, sofern dieselben die direkte Krankenbehandlung betreffen, befreit, dagegen mit den Kosten der Arzneien und der sonstigen Verpflegung belastet wird. Findet der Einzelpatient Gelegenheit, in diesen wie allfällig in andern auf seine Krankheit bezüglichen Anschaffungen durch Eintritt in Unterstützungsvereine, Krankenkassen, demnach als

Bestandteil eines Kollektivpatienten, sich unterstützen zu lassen, um so besser für ihn, und läßt sich allfällig von Staats wegen der Eintritt in solche Verbände vorschreiben.

Ja, ich halte sogar dafür, wie ich später noch ausführlicher erörtern werde, daß die Entlastung der Kranken- und Unfallversicherungskassen von den Arztkosten oder wenigstens die gänzliche Trennung der letztern von den übrigen Verpflegungskosten, unter welche dann auch die Lieferung der Medikamente fällt, die Organisation dieser Kassen und Verallgemeinerung ihrer Einführung in ganz erheblicher Weise erleichtern würde.

Dagegen den Fiskus des Staates oder der Gemeinden, selbst nur für die Verpflegungskosten, bezw. Lieferung der Heilmittel, in Anspruch zu nehmen, ohne den Einzelpatienten mindestens versicherungsweise für diese Auslagen haftbar zu machen, halte ich nicht nur in finanzieller Beziehung für viel zu weit über das Ziel hinauschießend, sondern auch für organisatorisch fehlerhaft, weil die finanzielle Tragweite dieser Leistungen unabweislich eine derartige Kontrolle über die Anordnungen des Arztes erfordern würde, daß sie die Freiheit des ärztlichen Handelns in empfindlicher und die Gesundheit des Patienten keineswegs fördernder Weise beeinträchtigen würde. Denn der Arzt, der da weiß, daß der Staat die Medikamente oder gar die ganze Verpflegung bezahlt, wäre aus Menschenfreundlichkeit (wie wir zu seiner Ehre annehmen wollen) nur zu sehr geneigt, bei seinen Anordnungen keine Rücksicht auf den Vermögensstand des Einzel- oder Kollektivpatienten zu nehmen.

Man mag übrigens diese oder jene Art, dem Patienten einen gewissen Teil der Verantwortlichkeit für seine Gesundheit aufzubürden, für die richtige halten, so heißt es jedenfalls die menschliche Natur gänzlich verkennen, wenn

man ihn derselben gänzlich entheben und dieselbe durch finanzielle Unterstützungen ersetzen will, die auf sein sanitarisches Betragen nicht den geringsten, ja sogar einen schädlichen Einfluß zu üben vermögen.

Es existiert zudem ein „zureichender“ Grund dafür, dem Einzel- oder Kollektivpatienten die Kosten für die Heilmittel, bezw. die Kosten für die Krankenpflege oder, besser gesagt, der Krankenverpflegung, tragen zu lassen, und dieser besteht darin, daß die Anordnungen des Arztes um so gewissenhafter befolgt werden, je mehr sich der Patient bewußt wird, durch Nichtbeachtung derselben seine für die Verpflegung erforderlichen Auslagen zu vermehren, woraus sich ergibt, daß es sowohl logisch begründet, wie in praktischer Beziehung am vorteilhaftesten ist, dem ersten der drei genannten Faktoren, nämlich dem Patienten, die Verantwortlichkeit für die Verpflegungskosten, zu welchen, wie bereits erwähnt, auch der Gebrauch der Medikamente gehört, zuzuweisen.

Der nämliche Grund läßt sich aber andrerseits auch dafür anführen, die Kollektivverbände, welchen die Verpflegungskosten zugewiesen werden, wenigstens in organisatorischer Hinsicht einen gewissen Umfang nicht überschreiten zu lassen, da sonst die Kontrolle über den Mißbrauch des Kollektivinstituts von Seite des Einzelpatienten allzusehr erschwert wird oder nur in bureaukratisch veratorischer Form ausgeübt werden kann.

Die hiervor begründete Verantwortlichkeit des „Patientenstandes“ für die Wiederherstellung seiner Gesundheit kann übrigens

II.

in vollem Umfange nur im Zusammenhang mit der weit schwerer wiegenden Frage erörtert werden, in welcher Weise die Verantwortlichkeit des ärztlichen Standes für die Volksgesundheit mit seinen materiellen

Existenzinteressen in richtigen Einklang zu bringen sei; denn, wie schon erwähnt, erhöhen bei dem bisher allgemein üblichen Ufus die Vermehrung und Verlängerung der Krankheiten, somit die Schädigung der Volksgesundheit, die Einnahmen des Arztes, während sie bei absoluter Volksgesundheit auf den Nullpunkt sinken würden. Eine gewisse Beschränkung findet diese Disharmonie des ärztlichen Berufes mit der Humanitätspflicht allerdings dadurch, daß der Patient, sobald er gewisse egoistische Absichten bei dem Arzte bemerkt oder zu bemerken wähnt, gar rasch verstimmt wird und ihm seine Kundschaft entzieht, eine weit größere Beschränkung in dem durchschnittlich nicht fehlenden humanitären Pflichtgefühl der Ärzte, welches jedoch vom Publikum oft in der unverschämtesten Weise ausgebeutet wird, ein Mißbrauch, der bei unentgeltlicher ärztlicher Dienstleistung und fixer ärztlicher Anstellung ins Aschgraue steigen würde und sich durch keinerlei noch so veratorische Ausfühungsreglemente verhindern ließe.

Als logische Grundlage auch für die Lösung der oben gestellten Aufgabe dient mir folgende Erwägung: Setzen wir die Volksgesundheit, den wichtigsten Bestandteil der allgemeinen Volkswohlfaht, als Resultat der Funktionen der zur Ausübung der Gesundheitspflege konzeffionierten Gesundheitserhalter, d. h. der Ärzte, so gelangen wir an der Hand dieses logischen Fadens zu dem Schlusse, daß der Patient die „Gesundheitstage“ und nicht die „Krankheitstage“ dem Arzte bezahlen soll, somit den Arzt kraft seiner Funktionen für Reparatur seiner Gesundheit, sowie bis zu einem gewissen Grade für den Verlust seiner Arbeitskraft, bezw. seines Lebens, verantwortlich zu erklären berechtigt ist.

Stellen wir die Erwerbsquelle des ärztlichen Standes auf eine derartige Grundlage, so ist klar, daß jeder erwerbs-

fähige Staatsbürger für sich und seine Angehörigen je nach ihrer Zahl eine gewisse jährliche Quote an den ärztlichen Stand zu entrichten hat, von welcher die Krankheitstage, bezw. =wochen, in Abzug zu bringen sind. Machen wir für diese tägliche „Gesundheitssteuer“ nur einen Ansatz von 2 Cts. per Tag und per Individuum, bezw. in runder Summe 15 Cts. per Woche, so gelangen wir für eine Bevölkerung von 2000 Seelen, welche wir als die durchschnittliche Größe des Wirkungskreises eines einzigen Arztes annehmen, zu einem idealen Maximum eines jährlichen Ertrages von 15,600 Fr. per Arzt, der in Realität kaum je unter 10,000 Fr. fallen dürfte, sofern die Bevölkerung nicht von Epidemien von ganz enormer Stärke befallen wird, ein Ereignis, das ohnehin exceptionelle Maßregeln von Staats wegen erfordern würde. Die ganze schweizerische Bevölkerung würde durch eine auf solcher Grundlage beruhende Organisation des Gesundheitsdienstes mit einer Ausgabe von circa $23\frac{1}{2}$ Millionen Franken belastet, eine scheinbar hohe und dennoch äußerst geringe Summe, wenn man bedenkt, daß von diesem Betrage die ganze Summe der gegenwärtig von der ganzen Bevölkerung an die Gesamtheit der Privatärzte für deren Leistungen bezahlten Beiträge in Abzug zu bringen ist, und daß ferner die genannte Summe nicht die Realität, sondern nur den Betrag der Auslage darstellt, den der Gesundheitsdienst bei idealstem Erfolge erfordern würde.

Ich möchte jedoch eine derartige Organisation nur unter der Voraussetzung verwirklicht sehen, daß die Wohltat derselben nicht nur den Verkehrscentren, sondern auch den entlegensten Gebirgsgegenden und Landschaften zu gute käme, daß ferner aus dem Ertrage dieser Organisation nicht nur die privatärztliche Thätigkeit honoriert, sondern auch die Kosten aller für die sogenannte „ambulante Praxis“ erforderlichen öffentlichen Einrichtungen bestritten würden.

Die Erfüllung dieser hochwichtigen Bedingungen werde ich demnächst in einem eigenen Kapitel besprechen, zuvor jedoch setze ich mir die Aufgabe, die Möglichkeit der finanziellen Kontrolle dieser Organisation darzuthun.

Rückvergütungssystem für die Krankheitszeit.

Ich denke mir nämlich, daß dieselbe leicht durch ein System zu verwirklichen wäre, dessen Grundzüge ich hier darlegen will, während ich ein Bild der eventuellen Ausführung in praxi der vorherigen Erörterung verschiedener anderer damit in Beziehung stehender Momente folgen lassen werde.

In die Hände der Ärzte werden für sämtliche Landesbewohner, vom jüngsten bis zum ältesten, mit deren Namen beschriebene und je mit 52 Wochen-Coupons versehene Scheine gelegt (über die Verteilungsweise dieser Scheine an die Ärzte s. die weiter unten folgende Ausführung). Von der ersten Krankheitswoche hinweg bis zur Entlassung aus der Behandlung soll der Patient oder dessen Vertreter (Eltern und Unterstützungsinstitute) die Coupons seiner Behandlungswochen von dem ihn behandelnden Ärzte verlangen. Am Ende des Jahres werden somit die Coupons der Gesundheitswochen in den Händen der Ärzte oder eines Vertreters derselben (hierüber siehe pag. 43), diejenigen der Krankheitswochen dagegen in den Händen der Patienten verbleiben. Erstere nun werden den von den Ärzten behandelten Patienten, sowie auch sämtlichen während des Jahres gesund gebliebenen Einwohnern zur Einlösung mit je 15 Gts. per Coupon vorgewiesen. Stirbt der Patient, so ist der Schein den Erben desselben ohne weitere Ansprüche von seiten des Arztes von letzterm auszuhändigen.

Ganz gleich wie die durch Tod abgehenden Personen werden jene behandelt, welche von Geburt an oder durch Krankheit oder Verstümmelung (Unfall) zu bleibender Er-

werbsunfähigkeit verurteilt sind. Sie fallen ebenfalls aus der Coupons-Liste und müssen von ärztlicher Seite sei's privatim, sei's in Anstalten zeitlebens gratis behandelt werden, womit selbstverständlich nicht gesagt sein soll, daß Anstaltsärzten kein fixes Salär zu verabsolgen sei. Diese fallen hier gänzlich außer Betracht.

Es scheint mir, daß die Einziehung dieser „Gesundheitssteuer“ nach der in obigem gekennzeichneten Methode auf keine unüberwindlichen Schwierigkeiten stoßen dürfte; schwerer wiegend sind dagegen Einwände anderer Natur, die sich gegen dieses Coupon-System erheben lassen, worüber weiter unten ein mehreres. Zuvor noch einige Worte über die geschilderte Bezugs-Technik der Steuer:

Der Beginn der Krankheitswochen, bezw. der Abzugsberechtigung des Patienten an der Gesundheitssteuer dürfte am zweckmäßigsten auf Montag 6 Uhr früh verlegt werden, weil erfahrungsgemäß das Publikum sich vor dem Beginne der Arbeitswoche am ehesten zur Beschickung ärztlicher Hülfe entschließt, gleichzeitig auch weil es sich zur Verhütung mißbräuchlichen Unfugs empfehlen dürfte, die in die Mitte der Woche fallenden Krankheitsanfänge, namentlich aber die rasch vorübergehenden Folgen sonnabendlicher Excesse vom Publikum ungefähr nach bisherigem Usus nach einer gewissen für Tag und Nacht festgesetzten Besuchs- und Konsultationstaxe dem Arzte bezahlen zu lassen.

Die Zahl der vom Arzte per Woche zu leistenden Krankenbesuche kann bei diesem System dem Arzte vertrauensvoll überlassen werden, da er einerseits nicht in den Verdacht kömmt, eine überflüssige Vermehrung derselben aus Gewinnsucht zu veranlassen, während ihm andererseits Bequemlichkeit und Nachlässigkeit, namentlich wenn sie ihm zur Gewohnheit wird, nicht unbeträchtliche Verluste durch Vermehrung der Krankheitswochen seiner Patienten nebst Schädigung seines ganzen Ansehens verursachen. Diesen

Punkt, sowie die aus dem Arztwechsel gegen dieses System zu erhebenden Bedenken zu besprechen, werde ich später eine bessere Veranlassung finden. Auch der Ortswechsel des Patienten wird dem System keine erhebliche Schwierigkeit bereiten, sofern ein richtiger Rapport zwischen dem Arztestande und der Ortspolizei hergestellt ist. Selbstverständlich gelangen Touristen, Geschäftsreisende &c. nicht in den Rahmen dieses Systems, und bleibt nach bisherigem Usus deren Belastung für Krankheitsbehandlung dem Ermessen des Arztes überlassen.

Eine ganz hervorragende Beachtung verdient dagegen der Einwand, daß bei diesem System gleichsam eine Kopfsteuer entrichtet werde, welche arm und reich, jung und alt mit gleichem Betrage belastet, ein Einwand, der um so schwerer ins Gewicht fällt, weil, laut meinem eigenen Dafürhalten, dem Patienten auch die Verpflegungskosten mit Inbegriff der Medikamentenlieferung zuzurechnen sind. Dem Argument, daß durch ein solches System der vom geringen Verdienste lebende Bürger dem sog. Kapitalisten gegenüber sehr benachteiligt werde und das zweifellos von den H. H. Greulich & Cie. in gebührender Weise gegen mich wird ausgenützt werden, setze ich indessen einfach das Argument entgegen, daß die Bildung von Kollektivpatienten bei meinem System nicht nur nicht erschwert, sondern sogar erheblich erleichtert wird, daß es somit den Herren „Genossen“ unbenommen bleibt, den ganzen Staat durch einen Verfassungsparagraphen als Kollektivpatienten zu Bette zu legen und durch ihn die Gesundheitscoupons sämtlicher als Proletarier eingeschriebener oder eingeschworener Patienten mittelst Tabaksmonopol bezahlen zu lassen. Was kann es in der That für Unterstützungsvereine Angenehmeres geben, als wenn sie das ideale Maximum des dem Arzte zu entrichtenden Honorars bereits zum Beginne des Jahres mit Sicherheit berechnen können? was ferner An-

genehmeres, als wenn die für Ärzte, Patienten und Vereinsverwaltungen so äußerst lästigen und zu so mannigfachen Konflikten führenden, zum Eintritt in den Verein berechtigenden Gesundheitszeugnisse gegenstandslos werden, da ja das Krankwerden die Arztkosten nicht vermehrt, sondern vermindert? Ebenso gegenstandslos werden endlich hierbei die Konflikte darüber, ob die temporäre Erwerbsunfähigkeit eines Arbeiters mit seinem Berufe in ursächlichem Zusammenhange stehe, da ja weder der Fabrikherr noch der Arbeiter, sondern de facto der Arzt die Kosten derselben, bezw. der Behandlung des Arbeiters, zu tragen hat. Und noch mehr: Dieses System gestattet die Bildung sogar kleinster, einfach aus Meister und Knecht bestehender Kollektivpatienten, welcher Umstand der bäuerlichen Arbeiterbevölkerung in hohem Maße zu statten käme. Wird z. B. der Meister von Gesetzes wegen verpflichtet, die wöchentliche Gesundheitssteuer das Jahr hindurch für den Knecht zu tragen, so kann es bei eventueller, trotz bestehender Krankheit fortdauernder Arbeitsfähigkeit des Knechtes dem gegenseitigen Übereinkommen überlassen werden, ob die Kosten für die Medikamente vom Meister oder vom Knecht zu tragen sind. Die von dem Meister bezahlte Gesundheitssteuer berechtigt ihn an Stelle des Knechtes zur Rückvergütung der Krankheitswochen von seiten des Arztes. Da sich nun dieses Verhältnis auf die kleinsten wie auf die größten Kollektivpatienten übertragen läßt, so wüßte ich nicht, wie das Problem wirklicher, nicht eingebildeter, unentgeltlicher Krankenpflege in zweckentsprechenderer und allseitig befriedigenderer Weise gelöst werden könnte, und zwar überdies ohne die Staatsfinanzen in irgend welcher Weise mehr als bisher zu belästigen. Nach welcher Richtung immerhin vom Staate ein mehreres als bisher zu verlangen ist, wird sich aus weiter unten folgenden Erörterungen ergeben.

Einen fernern durchschlagenden Vorteil meines Projekts gegenüber demjenigen der Herren Greulich und Cie. sehe ich darin, daß dasselbe die Verantwortlichkeit des Arztes auf die Person des Einzelpatienten konzentriert, mag derselbe arm oder reich, das neugeborene Kind eines Handlangers oder ein Bankdirektor sein. Für den Arzt sind sie alle gleichwertig oder vielmehr der Herr Bankdirektor minderwertig, da das gesundbleibende Kind des Handlangers ihm eine länger dauernde Lebensrente von 7 Fr. 80 per Jahr sichert, als der z. B. 60jährige Herr Bankdirektor. (Um meine Herren Kollegen durch dieses Argument nicht allzusehr zu erschrecken, sei hier gleich bemerkt, daß ich die Frage spontaner Munificenzen vorläufig noch offen lasse.) Von diesem Stand- und Gesichtspunkte aus dürfte mein System doch wohl den Beifall der grimmigsten „Mastbürgerfeinde“ verdienen!

Um kinderreiche ärmere Familien in der Entrichtung der Gesundheitssteuer zu unterstützen, würden sich wohl sicherlich Wohlthätigkeitsvereine als Kollektivpatienten bilden, welche sich um so segensreicher erweisen würden, als vermöge meines Rückvergütungssystems für Krankheiten das reelle finanzielle Interesse den Arzt dazu veranlassen würde, jedem der kleinen Einzelpatienten besondere Beachtung angedeihen zu lassen.

Ferner wird bei meinem System nicht nur mit dem die Bevölkerung in Arme und Reiche teilenden, die Klassenverhezung befördernden Institut separat honorierter Armenärzte aufgeräumt, sondern auch die den Ärztestand selbst verhegende Scheidung in Armenärzte und Reichenärzte, welche der Einführung der „greulichen“ staatlich besoldeten Bezirksärzte unabweislich folgen würde, beseitigt.

Solchen Vorteilen gegenüber scheint mir der oben angeführte Einwurf nicht viel mehr als doktrinären Wert zu besitzen, da sich mit meinem Coupon-System, so-

fern dasselbe im Sinne der Socialdemokraten ausgenützt und weiter entwickelt wird, mindestens ebensoviel in der Richtung der Unentgeltlichkeit der Krankenpflege leisten läßt, als mit dem verschwommenen Projekt der Herren Greulich und Cie. Immerhin hat dieser Einwand das Verdienst, gerade durch seine teilweise Berechtigung den Herren Kapitalisten die Pflicht zum Bewußtsein zu bringen, ihrerseits sich kräftig progressiven Steuergesetzen zu unterziehen, um das Staatswohl in einer ihrem Vermögen angemessenen Weise zu unterstützen, wenn sie anders den Namen von Christen und nicht von Mammonsgötzen-
dienern verdienen wollen. Denn „richesse oblige autant que noblesse“.

Zum Schlusse der obigen Ausführungen, welche die erste Hälfte des Kapitels über die Verantwortlichkeit der Ärzte für die Volksgesundheit ausmachen, will ich noch einige Momente mehr allgemeiner als individueller Natur, die sich aus diesem Coupon-System ergeben, hervorheben:

- 1) Bürger und Arzt vereinigen sich im Interesse am Gesundbleiben und Wiedergesundwerden des Behandlungsobjekts. Denn die Auslage des Gesundbleibenden und des Gesundgewordenen ist eine so minimale den bisherigen Behandlungskosten im Falle des Krankwerdens gegenüber, daß auch der schwach Bemittelte sich dieselbe mit Freuden gefallen lassen wird.
- 2) Der Bürger weiß, daß diese Auslage in der Form erhaltener Arbeitsfähigkeit direkt in seine eigene Tasche zurückfließt und nicht in dem unersättlichen Magen des Gemeinde- oder Staatsfiskus, der um so mehr verlangt, je mehr man ihm zustoßt, verschwindet.
- 3) Das Bewußtsein der Bürger, daß die Ärzte für die Gesundheit ihrer Familie und Untergebenen ver-

antwortlich sind, muß unzweifelhaft die wohlthätigste Rückwirkung auf den moralischen und intellektuellen Bildungszustand des Volkes wie auch der Ärzte ausüben und ein viel lebhafteres Interesse beider Parteien an allen sanitarischen Fragen wecken.

- 4) Die Richtigkeit der soeben erwähnten Vorzüge vorausgesetzt, kann auch die Folge der Hebung des ganzen Volkswohlstandes, somit eine günstige Rückwirkung auf die Steuerkraft des Volkes und den Stand der Staatsfinanzen nicht ausbleiben.
- 5) Nicht nur die Mortalitätsstatistik, sondern auch die in wissenschaftlicher und volkswirtschaftlicher Beziehung so hochwichtige, aber bisher so äußerst schwer durchführbare Morbiditätsstatistik wird durch das Coupons-System eine ungemeine Erleichterung erfahren.

Die Wirkungen dieses Systems auf die finanzielle und intellektuelle sociale Hebung des Ärztestandes, sowie andere wichtige Vorteile werden sich aus den demnächst folgenden Erörterungen ergeben.

Kollegial-System.

Ich habe bereits oben angedeutet, daß die Verwirklichung des soeben erörterten Coupons-Systems, das den Ärzten unter den drei genannten Faktoren den direktesten und wichtigsten Anteil der Verantwortlichkeit für die Volksgesundheit zuweist, nur in Verbindung mit gewissen andern Reformen des ärztlichen Standes gedacht werden kann.

Zur Begründung der weitem Reform nun, die ich der Beurteilung der Leser zu unterbreiten gedenke, bin ich genötigt, an den Unterschied zu erinnern, den ich zwischen der reparierenden und produzierenden Thätigkeit des Arztes gezogen habe, und hieran einige neue Erörterungen

zu knüpfen, aus welchen sich die Reform ganz naturgemäß ergeben wird.

Bekanntlich übernimmt der „Krankheiten heilende“ Arzt in der Regel ganz allein und persönlich die Verantwortlichkeit für seine Anordnungen und begehrt auch, dieselbe meistens so wenig als möglich mit andern zu teilen aus zwar wohl berechtigten, aber immerhin egoistischen Gründen, die öfters keineswegs zum Vorteil des Patienten ausschlagen. Andererseits ist auch das Publikum sehr oft nur zu sehr geneigt, den vielleicht bereits gehegten Wunsch nach Teilung der Verantwortlichkeit, bezw. nach einer Konsultation, bis zum Äußersten, d. h. bis zum Zeitpunkte, wo sie nichts mehr nützen kann, zu verschieben, beides als Folge der bisherigen Übung, den Arzt für die Reparaturarbeit anstatt für die Produktionsarbeit zu bezahlen. Gerade der Umstand jedoch, daß rein egoistische Interessen der einen sowohl wie der andern Partei das früh- und rechtzeitige Konsultieren der Ärzte untereinander zum großen Schaden der Patienten verhindern, beweist, daß die systematische Teilung der Verantwortlichkeit unter den im gleichen Bezirke amtierenden Ärzten einen mindestens sehr wünschbaren Fortschritt in der allgemeinen Krankenpflege realisieren würde. Nicht nur wünschbar, sondern geradezu notwendig und unabweislich ist die Teilung dieser Verantwortlichkeit rücksichtlich der produktiven, beziehungsweise gesundheitserhaltenden Thätigkeit des Arztes. Denn der einzelne Arzt, der heutzutage seiner Pflicht als Gesundheitserhalter in vollem Umfange genügen wollte, würde in so viele Konflikte mit der individuellen Freiheit und sogar mit staatlichen Anordnungen geraten, daß er sofort, sein Unvermögen erkennend, davon abstrahieren müßte. Die Funktion der Gesundheitserhaltung wird daher nach allgemeinem usus einem Centralorgan übertragen, dessen Wirkungskreis jedoch ebenfalls nur ein sehr beschränkter

ist. Denn wie Geschosse in Wollsäcken stecken bleiben, so scheitern die meisten und sachgemähesten Anordnungen und Anregungen centraler Sanitätsbehörden zunächst an der Indolenz des Publikums, mitunter auch an derjenigen der Ärzte, am häufigsten jedoch an der schablonenhaften Geistesrichtung unserer meist aus doktrinären Kantönlisjuristen bestehenden Gesezmacher.

Wie anders würde sich dagegen die Gesundheitserhaltung des Volkes gestalten, wenn dieselbe in jedem durch gewisse, natürliche und politische Grenzen gegebenen Bezirke durch ein mit allen wünschbaren Kompetenzen und finanziellen Mitteln ausgerüstetes Kollegium von Ärzten besorgt würde, dessen Mitglieder, vermöge des oben gekennzeichneten Grundsatzes, nicht nur durch ein humanitäres, sondern sozusagen durch ein kommerzielles Interesse zum gemeinsamen Ziel der Erhaltung der Volksgesundheit verbunden wären, und eine centrale, sanitärische Landes-Exekutive von solchen Bezirksorganen unterstützt würde? Wenn hierzu noch eine nicht nur in therapeutischer, sondern auch und vornehmlich in ätiologischer Hinsicht vollkommene Vorbildung der Ärzte käme (worunter ich nicht nur das Studium der Bakterien zc. als gelegentlicher Krankheitsursachen, sondern besonders das Studium der socialen Verhältnisse als bedingender Krankheitsursachen rechne), so dürfte eine solche Organisation des Ärztestandes uns doch wohl dem Ideal der Volksgesundheit um einen großen Schritt näher bringen; andernfalls müßte man das ganze heutige hygieinische Wissen als eitel Dunst erklären, und wäre es dann allerdings das Beste und Billigste, „den lieben Gott allein walten zu lassen“ und sich nicht mehr in seine „sanitärischen“ Geschäfte zu mischen.

Man ersieht aus obigem, daß die Organisation des Ärztestandes, die mir vorschwebt und die ich als „Kollegial-System“ bezeichnen möchte, ein Vorbild in den Polikliniken

der Universitätsstädte besitzt, mit dem Unterschiede jedoch, daß, da die Mitglieder des Kollegiums sämtlich gleichwertige Ärzte sein würden, dieselbe nur eine funktionelle Leitung durch einen selbstgewählten Ausschuß, aber nicht eine substantielle erhielte, wie es bei studentischen Polikliniken selbstverständlich nötig ist.

Es wäre müßig und voreilig, hier ein solches Projekt in Paragraphen auszuarbeiten, deren Opportunität schließlich sich nur aus der realen Erfahrung ergeben kann. Immerhin halte ich es für nötig, gewisse funktionelle und finanzielle Bedingungen desselben zu erörtern, um hiermit, womöglich, den Beweis seiner allgemeinen Realisierbarkeit zu leisten und die Verbindung mit dem oben geschilderten Couponsystem herzustellen. Diese Momente sind: 1) die Arbeitsteilung; 2) die Verbindung der Mitglieder zu einem Ganzen; 3) die Komptabilität.

1) Die Arbeitsteilung. Sie ist unter einem zweifachen Gesichtspunkt zu erörtern, nämlich in Bezug auf die fachmännische und auf die lokale Arbeitsteilung. Die erstere betreffend, gehe ich von der Voraussetzung aus, daß sämtliche Mitglieder des Bezirkskollegiums aus Ärzten bestehen, welche eine vollkommene theoretische und praktische Vorbildung im gesamten Gebiet der Medizin und Hygiene, mit Inbegriff aller Specialitäten, genossen haben, somit auf einer erheblich höhern Stufe der allgemeinen Fachbildung stehen, als dies gegenwärtig der Fall ist, daß aber einzelne Mitglieder sich zur Ausübung irgend welcher Specialität hingezogen fühlen. Daß nicht Gewinnsucht, sondern Liebe zur Sache und das Bewußtsein technischer Überlegenheit in einem Specialfach das Motiv zur Ausübung einer Specialität bilde, dafür bürgt das Couponsystem, das die Erwerbsquelle des Arztes nicht in die Krankheit, sondern in die Gesundheit verlegt. Unter solchen Umständen werden die Nichtspecialisten gerne ihre dies-

bezüglichen Patienten den Spezialisten des Kollegiums zuweisen, wodurch eben die fachmännische Arbeitsteilung faktisch ermöglicht und bedeutend erleichtert wird.

Die lokale Arbeitsteilung betreffend, so dürfte es dem Bedürfnis ungefähr entsprechen, wenn sich die Mitglieder des Kollegiums auf Gebiete von ca. 100 Quadratkilometern verteilen, denen für je 2000 Seelen je ein Arzt zugeteilt wird. In unsern über weite Strecken verbreiteten Gebirgsländern kommt es indessen bekanntlich häufig vor, daß selbst weit größere Bodenflächen nur Ortschaften von wenig Hundert Bewohnern enthalten, welche so gut wie die größern im Weltverkehr befindlichen Ortschaften das Recht auf gute und schnelle ärztliche Hülfe zu beanspruchen haben. Da indessen keinem Arzte zugemutet werden kann, sein Leben und seine Wissenschaft an solchen Orten zu vergraben, so muß hier auf andere Weise geholfen werden, und zwar nach meinem Dafürhalten am zweckmäßigsten durch eine quasi militärische Organisation, vermöge welcher die jüngsten Ärzte von der regionalen beziehungsweise kantonalen Centralbehörde als Vorpostenärzte mit fixem Honorar für eine bestimmte kürzere Frist abgeordnet werden, um erst nach Absolvierung eines solchen Vorpostendienstes als vollberechtigte Mitglieder eines Bezirkskollegiums und zur Annahme eines Arztepostens auf einem über 2000 Seelen zählenden Gebiete zugelassen zu werden. Auf speciellere Details einer solchen Organisation des Lokaldienstes will ich mich hier nicht einlassen. Es genügt einstweilen, den Weg zu weisen, auf welchem sich die obgenannte Schwierigkeit zum Besten der Gebirgsbevölkerung umgehen läßt.

2) Die Verbindung der Mitglieder zu einem Gesamtkörper, d. h. einem poliklinischen Institut, denke ich mir in folgender Weise: Am Bezirkshauptort, am besten in dem dort eventuell befindlichen Spital, befindet sich ein

Vokal, in welches täglich zu bestimmter Stunde jene ambulanten Patienten beordert werden, über welche die Mitglieder sich mit ihren Kollegen zu beraten wünschen. Die im Bezirkshauptort befindlichen Ärzte sind obligatorisch zu dieser täglichen Konsultation verpflichtet. An einem Wochentage versammeln sich sämtliche Ärzte des Bezirkes zu einer Besprechung der sanitärischen Verhältnisse des Bezirkes unter Beziehung geeigneter Fachpersonen, Gemeinde- und Vereinsvorstände, welche zum Beratungsgegenstande in Beziehung stehen, von welchen Rat und Auskunft über diesen oder jenen die Volksgesundheit betreffenden Gegenstand zu erhalten sind. Die Vorpostenärzte sind ebenfalls zu diesen Beratungen herbeizuziehen und für den betreffenden Tag an ihrer Stelle Assistenten (im letzten Stadium des Studiums befindliche Studenten), deren ebenfalls mehrere jedem Bezirkskollegium beizugesellen wären, in die verlassene Ortschaft zu entsenden.

Als ständige beratende, aber nicht beschlußfähige Mitglieder dieses Bezirkskollegiums sollten auch die Apotheker und Hebammen darin fungieren. Dagegen mag die Frage nach der Stellung dieser beiden zum Sanitätsdienst in so enger Beziehung stehenden Berufsclassen zur Gewerbefreiheit, welche sich bei dieser Gelegenheit dem Leser aufdrängen wird, als eine offene hier unerörtert bleiben. Den Zahnärzten, deren Einfügung in den bezirksärztlichen poliklinischen Organismus ich als eine keineswegs geringfügige Angelegenheit betrachte, würde ich die Stellung von Spezialisten anweisen, welche, wie die übrigen Spezialisten, das ganze Gebiet der Medizin beherrschen sollen, welchen jedoch als Gehülfen speciell zu diesem Zwecke ausgebildete Feinmechaniker, sogenannte Zahntechniker, zur Verfügung stehen müssen.

Das Inventar einer solchen bezirksärztlichen Poliklinik würde bestehen: Aus 1) einem jedem Mitgliede zur

Verfügung stehenden medizinisch-chirurgischen Instrumentarium; 2) einer ärztlichen Bibliothek und Journallesezirkel; 3) einem Magazin für Krankenmobilien, Desinfektionsutensilien für die ambulante Praxis etc.

Den sub 1 und 3 genannten Bestandteilen des Inventars lege ich eine ganz besondere Bedeutung bei, weil nur mittelst dieser den in größerer Entfernung vom Bezirkshauptort fungierenden Ärzten, namentlich den Vorpostenärzten, ermöglicht wird, die hohe fachmännische Bildung, deren sie in später zu erörternder Weise teilhaftig werden sollen, in nicht nur für den Patienten, sondern auch für sie selbst fruchtbringender Weise am Krankenbette zu verwerten. Es sei mir vergönnt, hier eine Stelle eines kleinen Aufsatzes „über den Nutzen öffentlicher Krankenmobilienmagazine“, den ich bereits im Jahre 1885 publizierte, zu citieren, als Beweis, daß dieser Gegenstand mich nicht erst seit dem Auftreten des Initiativbegehrens beschäftigt.*)

„Wird nun die Errichtung unserer Krankenmobilienmagazine auf die großen Hauptstädte beschränkt, so wird diese centripetale Tendenz der Bevölkerung allerdings nur gefördert, statt verhindert. Stellt man sich aber eine Organisation vor, welche die Einführung solcher Institute auch für kleine Bezirke von z. B. 5000 Seelen ermöglicht, so dürfte die ärztliche Wirksamkeit auch in den abgelegensten Gegenden bald eine weit erfreulichere Gestaltung gewinnen, als dies gegenwärtig der Fall ist. Male ich mir das Bild noch weiter aus, so sehe ich, wie die Ärzte eines Bezirkes durch die Förderung, welche ihre therapeutische und sanitärische Wirksamkeit durch die jederzeit zu ihrer Verfügung stehenden Utensilien erfährt, dazu veranlaßt werden, kleine poliklinische Kollegien zu bilden, welchen sich diejenigen Kandidaten der Medizin und junge in die

*) Zugleich als Beweis dafür, daß nicht nur „unser Dr. B.“, wie sich das „Berner Tagblatt“ vor mehreren Monaten auszudrücken beliebte, sondern auch „eben der andere“ für höheres als „Blutegel und Bruchbänder“ sich zu interessieren erlaubt.

Praxis eintretende Ärzte, denen die Erwerbung einer klinischen Assistentenstelle nicht vergönnt war, behufs ihrer praktischen Ausbildung gerne beigegeben werden. Den vereinigten und unzweifelhaft in kurzer Zeit durch Regate, Gemeinde- und vielleicht sogar Staatsbeiträge unterstützten Kräften wird es dann bald gelingen, medizinisch-chirurgische Instrumentarien anzulegen, welche jedem einzelnen Mitgliede des Kollegiums die Möglichkeit bieten werden, diesen oder jenen Zweig der praktischen Medizin oder Chirurgie, je nach seiner persönlichen Liebhaberei, in wissenschaftlich und finanziell fruchtbringender Weise specialistisch zu betreiben.“

Namentlich das Institut der Vorpostenärzte, welche häufig genug schweren Unglücksfällen gegenüberstehen, würde ohne solche Möglichkeiten gar nicht aufrecht zu erhalten sein. Wie glücklich werden sich solche z. B. schätzen, wenn sie rasch aus einem Krankenmobiliemagazin Apparate beziehen können, welche ihnen die Behandlung des ohne schwere, ja sogar tödliche Gefahren nicht transportablen Verunglückten gestatten. Nur dieses Bewußtsein, sich die zur Behandlung schwerer chirurgischer Fälle erforderlichen Requisite rasch verschaffen zu können, vermag bei dem in so einsamen Ortschaften fungierenden jungen Arzt die Berufsfreudigkeit, deren er hier so sehr bedarf, zu bewahren.

Die Gemeinden, Hauptorte sowohl als Vorposten, müßten ferner verpflichtet sein, jedem Arzte eine Wohnung zu angemessenem Zinse zur Verfügung zu stellen, ferner auch jederzeit, wo schnelle Hülfeleistung dies erfordert, Pferd und Fuhrwerk in Bereitschaft zu halten. Nebst gehörig ausgebildetem frankenpflegerischem Hülfspersonal müßte endlich dem Bezirkskollegium auch ein Mechaniker zu Gebote stehen, der die Instandhaltung des Instrumentariums und des Krankenmobiliemagazins zu besorgen hätte.

Wünschbar wäre ferner die vielleicht aus Gemeindegemeinschaften zu verlangende Errichtung kleiner Notspitäler von 2 bis höchstens 6 Betten in allen über 2000 Seelen zählenden Ortschaften, welche mehr als circa 15 Kilometer vom Bezirkshauptort oder untereinander entfernt wären. Die Einrichtung und Führung solcher Spitäler würde durch das Vorhandensein der im Bezirkshauptort befindlichen centralen Instrumentarien und Krankenmobilien-Magazine in finanzieller und organisatorischer Hinsicht ebenfalls sehr erleichtert.

Ferner müßte auch an Absonderungslokale für infektiöse Patienten und gemeingefährliche Geisteskranke im Bezirkshauptort gedacht werden, letztere zur provisorischen Versorgung bis zur Aufnahme in die kantonalen Irrenhäuser, endlich auch an das wichtige Requisit von Leichenkammern und Obduktions- (Leicheneröffnungs-) Lokalen und die zur wissenschaftlichen Verwertung der Obduktionen erforderlichen Instrumentarien.

Endlich ist es sozusagen selbstverständlich, daß das Kollegium einen Turnus für Nachtdienst, Ferienzeit etc. bei sich einführen würde, wodurch sehr erhebliche Vorteile gegenüber den gegenwärtig und nach Greulich und Cie. zukünftig herrschenden Zuständen für Ärzte wie Patienten erzielt würden.

3) Denken wir uns das oben geschilderte Coupon-System mit der soeben erörterten poliklinischen Organisation des Arztestandes verbunden, so fungiert die Komptabilität einer solchen Bezirkspoliklinik gleichsam als finanzielles Compagniegeschäft, dessen Zweck in der Produktion eines möglichst vollkommenen Gesundheitszustandes des betreffenden Bezirks besteht. Nebenbei bemerkt, giebt eine solche Verbindung zugleich allein das Mittel an die Hand, die Schwierigkeit der dem Publikum zu garantierenden freien Arztwahl zu überwinden, und zwar in mindestens

ebenso vollkommener Weise, als es bei dem gegenwärtigen Zustand auch möglich ist, wo kleinere, vom Verkehr abseits liegende Ortschaften sich auch mit einem einzigen Arzte begnügen oder sogar eines solchen ganz entbehren müssen, während letzteres wenigstens bei dem geschilderten poliklinischen System nicht vorkommen würde.

Wir haben oben gesehen, daß die Einnahmen per Arzt auf 2000 Seelen bei idealem Gesundheitszustand sich auf 15,600 Fr. belaufen, für einen Bezirk von 10,000 Seelen demnach auf 78,000 Fr.

Die ganze Komptabilität des Kollegiums würde wohl am zweckmäßigsten in die Hand eines ad hoc staatlich oder unstaatlich angestellten Beamten gelegt, der $\frac{2}{3}$ der Einnahmen gleichmäßig unter die Aktivmitglieder des Kollegiums verteilen würde, während der letzte Drittel zum Teil solchen öffentlichen Einrichtungen gewidmet würde, welche den ärztlichen Dienst zu erleichtern und zu befördern im stande sind, z. B. der Ergänzung und Besorgung öffentlicher Krankenmobiliemagazine, den Desinfektions- und Reinigungsvorrichtungen für Krankenzimmer etc., deren Anschaffung jedoch ganz der Kompetenz des Bezirkskollegiums unterliegen würde, wie überhaupt einem eventuell speciell ad hoc bestimmten Kollegiumskassierer durchaus keine Kompetenz über Verwendung des jährlichen Aktivsaldos eingeräumt werden dürfte. Darüber, ob eine eventuelle Restanz allfällig zur Honorierung der fix besoldeten Vorpostenärzte oder poliklinischer Assistenten oder zu welchen andern Zwecken verwendet werden sollte, könnte nur bei wirklicher Einführung der geschilderten Organisation entschieden werden, und wäre es nicht zeitgemäß, das Zukunftsbild in dieser Richtung noch weiter auszumalen.

Der Beamte würde die Gesundheitscheine vor Beginn jeden Jahres ausfertigen und sie auf Verlangen dem jeweils behandelnden Arzte verabfolgen. Zu diesem Ver-

langen würde der Arzt durch den Patienten oder dessen Angehörige veranlaßt, welchen der Arzt die Wochencoupons verabfolgen muß. Wünscht ein Patient den Arzt zu wechseln, so hat der vorher behandelnde Arzt den Schein seinem Nachfolger zu übergeben, der nun seinerseits die weiteren Wochencoupons dem Patienten verabfolgt. Am Ende des Jahres giebt der Arzt die Scheine mit den noch daran befindlichen Coupons der Gesundheitswochen dem Komptabilitätsbeamten zurück, auf welche gestützt derselbe nun die Einziehung der betreffenden Beträge besorgt, den Jahreschein als Quittung in den Händen des Patienten zurücklassend.

Einen wichtigen Komptabilitätseinwand, der diesem Kollegialsystem gemacht werden wird, will ich indessen hier nicht unerörtert lassen. Da $\frac{2}{3}$ des jährlichen Saldos der Gesundheitssteuer zu gleichen Teilen auf sämtliche Ärzte des Kollegiums verteilt werden soll, so würde relativ dasjenige Mitglied desselben, das am wenigsten zu thun hat, am höchsten honorirt werden. Der Übelstand könnte zwar durch eine umgekehrte Proportion in der Verteilung des Aktivquote beseitigt werden; allein viel rationeller würde es mir in Berücksichtigung der Voraussetzung, daß sämtliche Ärzte ungefähr als gleichwertig in ihrer zu maximaler Höhe gebrachten Berufsbildung anzusehen wären, scheinen, wenn den vielleicht gewisser Charaktereigenschaften wegen für die Privatpraxis weniger geeigneten Mitgliedern hauptsächlich die gerichtsärztlichen und mehr hygieinischen Funktionen zugewiesen, diese vorzugsweise daher wie die englischen officers of health funktionieren würden, womit auch bei diesen Ärzten dem Prinzip der fachmännischen Teilung der Arbeit zu gemeinsamem Zweck Genüge geleistet würde.

Die allfällig hier ebenfalls auftauchende Frage der Relationen der Dirigenten der Bezirkspitäler zur Komptabilität des Kollegiums kann ich als theoretisch kaum zu

erledigende Frage einstweilen um so eher außer acht lassen, als die Realisierbarkeit meines Projektes hiervon in keiner Weise berührt wird.

Mit der Komptabilität im Zusammenhang stehen noch zwei Fragen, auf deren erste namentlich von seiten des leidenden Publikums das größte Gewicht gelegt wird, während die Beantwortung der zweiten den Ärzten zum Herzen dringen wird.

Die erste betrifft die bereits oben gestreifte Frage der Wahl des Vertrauensarztes, deren technische Möglichkeit mittelst des Couponsystems sich kaum bestreiten läßt. Die moralische Seite der Frage betreffend, so fällt der finanzielle Grund zu Konkurrenzneid zwischen den Ärzten von vornherein dahin; Eifersüchteleien aus Ehrgeiz werden auch bei dem Kollegialsystem nicht ganz aus dem Spiele bleiben, solange die Ärzte sich nicht zu Idealmenschen heranzubilden verstehen. Sie dürften indessen immerhin durch den täglichen konsultativen Verkehr bedeutend abgeschwächt und gegenseitiger, sehr häufig grundloser Haß dadurch verhindert werden, daß die Patienten nicht mehr im stande sind, den Arztwechsel hinter dem Rücken derselben zu vollziehen. Auch scheint mir, daß der Arztwechsel seltener werden dürfte, da der Arzt, der sich in seiner Diagnose nicht recht sicher fühlt oder dessen Behandlung das vom Patienten erhoffte Resultat nicht liefert, sozusagen ohne Vorwissen des Patienten mit seinen Kollegen den Fall beraten könnte, der Patient daher oft, ohne es nur zu merken, den Vorteil einer rechtzeitigen und gründlichen, sowohl ihm als dem behandelnden Arzte zu gute kommenden Konsultation erhalten würde.

Die zweite Frage betrifft die Berechtigung der Ärzte zur Entgegennahme freiwilliger Remuneration von seiten vermöglicher Patienten für gelungene Kuren und überhaupt für die geleisteten

Dienste. Ich sehe keinen triftigen Grund, dieselbe von Gesetzes wegen zu entziehen, und würde diese Verweigerung meinerseits für eine doktrinäre Gleichmacherei halten. Auch bei vollkommenstem Bildungsgang werden eben die Intelligenzen und Kunstfertigkeiten, mitunter auch das Geschick, sich geltend und beliebt zu machen, ungleich verteilt sein, und so mag denn jedes Mitglied des Kollegiums den Vohn seiner besondern Qualität auf seine Art einheimfen, da Arme und Unglückliche nicht dadurch geschädigt werden. Sonst wird die Geschichte kommunistisch-langweilig und reizlos.

Es möchte vielleicht manchem Leser beinahe kindisch erscheinen, ein Projekt, das vielleicht als unausführbare Utopie betrachtet wird, derart ins Detail auszuarbeiten. Indessen hielt ich eine solche Ausführung nicht für überflüssig, um zu zeigen, daß bei irgend welcher neuen Organisation des Arztestandes Vorteile für die Volksgesundheit nur in dem Fall daraus resultieren können, wenn bei möglichst vollkommener Teilung der Arbeit auf die Solidarität der im nämlichen Bezirkskreis lebenden Ärzte und die Möglichkeit eines regen Austausches ihrer Erfahrungen und Beobachtungen das größte Gewicht gelegt wird. Auf diese Momente, auf welchen jene Achtung beruht, die der ärztliche Stand als sein Lebenselement betrachtet, nimmt das „greuliche“ Initiativbegehren nicht die geringste Rücksicht. Wenn der Arzt seinen fixen Gehalt und an seinen social oder unsocial demokratischen Wählern einen guten Rücken hat, so kann ihm ja alles übrige Wurst sein: Vox populi, vox Dei.

Noch zwei wichtige Fragen, welche mit der geschilderten Organisation, wie überhaupt mit jeder beabsichtigten Reform des Sanitätsdienstes in engem Zusammenhange stehen, bleiben hier zu erörtern, nämlich:

1. Soll die Zahl der Ärzte auf das von der zuständigen Behörde festgestellte Maß beschränkt bleiben, und

2. welche Stellung ist den übrigen Sanitätspersonen, vornehmlich den Apothekern und Hebammen, gegenüber den Ärzten einzuräumen? (derjenigen der Zahnärzte habe ich bereits oben gedacht).

Ich gestehe, bezüglich der ersten Frage noch keine feste Ansicht zu besitzen. Immerhin erscheint mir eine illimierte Freigebung der ärztlichen Praxis (selbstverständlich verstehe ich hierunter nur eine solche an examinierte Ärzte) mit meinem Projekt ziemlich unverträglich, in weit höherem Maße jedoch mit dem Initiativbegehren, das trotzdem dieselbe gänzlich freigeben will. H. Greulich & Cie. wissen eben wohl, daß ohne dieselbe das Initiativbegehren auch nicht die geringste Aussicht auf Erfolg hätte, weil das Publikum unter keinen Umständen sich die Freiheit rauben läßt, seine Vertrauensärzte herzuholen, wo es ihm beliebt, eine Freiheit, die ihm, wie bereits dargelegt wurde, durch mein Projekt keineswegs geraubt wird.

Bei meinem Kollegialsystem würde übrigens wahrscheinlich die Ansiedlung nicht offizieller Ärzte, eo ipso, unterbleiben, weil sie den Kampf ums Dasein mit dem solidarisch verbundenen, durch die Gesundheitscoupons in seiner Erwerbsquelle gesicherten und durch alle übrigen Hilfsmittel auch wissenschaftlich überlegenen Kollegium, daher mit sehr ungleichen Waffen, zu führen hätten. In größeren Städten und weltbekannten Kurorten dagegen würden sich wahrscheinlich trotzdem in finanzieller Beziehung den best situierten Klassen angehörende, frei praktizierende Ärzte, namentlich Spezialisten, ansiedeln, um sich der ihnen vielleicht lästigen, finanziellen Bevormundung zu entziehen. Es dürfte alsdann wohl dem Takte des Kollegiums überlassen bleiben, ob dasselbe den betreffenden Arzt gewissermaßen als Honorar-Mitglied in seinen Körper aufnehmen, beziehungsweise kollegialiter mit ihm verkehren wolle oder nicht.

Wahrscheinlich würden die Behörden durch dieses System dazu geführt werden, die Zahl der jährlichen medizinischen Prüfungskandidaten zu limitieren, was ich nicht gerade als ein großes Unglück betrachten würde. Eine andere und jedenfalls von dem Gewalthaufen der praktizierenden Ärzte begrüßte Folge wäre wohl diese, daß nicht alljährlich ein Schwarm junger Ärzte, wie die Schwalben im Frühling, sich in den Städten niederlassen würden, um eine unfruchtbare und selten wirklichem Bedürfnis entsprechende Praxis zu eröffnen, sondern daß die jungen Herren genötigt wären, sich mit etwas beschwerlicher Landpraxis ihre Sporen zu verdienen, bevor ihnen die socialen und finanziellen Fleischöpfe der Verkehrscentren zur Verfügung gestellt würden.

Bezüglich der zweiten Frage kann wohl kein Zweifel entstehen. Die Apotheker und Hebammen sind in gewissem Sinne die Angestellten des Arztes; denn sie haben seine Anordnungen ohne weiteres auszuführen, deren Verantwortlichkeit er allein übernimmt; somit ist es auch nicht gerechtfertigt, ihr Gewerbe als ein „gesundheitproduzierendes“ zu betrachten. Der Apotheker ist Chemiker und Heilmittelfabrikant, die Hebamme eine zu speciellem Zweck ausgebildete Krankenpflegerin. Ich sehe daher weder Gründe dafür, noch Vorteile darin, diese Berufsclassen anders als in der oben angegebenen beratenden Weise in den ärztlichen Organismus einzufügen, und halte dafür, daß deren Erwerbsquelle nicht mit dem Coupons-System in Verbindung zu bringen sei. Übrigens würde es mir erspriesslich scheinen, wenn deren Zahl nach jeweiligem Bedürfnis gesetzlich festgestellt würde zur Erleichterung der sanitarischen Kontrolle, welche der Staat im Interesse der Volksgesundheit über diese beiden Gewerbe zu führen verpflichtet ist.

Bezüglich der Apotheken ist jedoch noch eines andern wichtigen Umstandes zu gedenken. Für viele Landärzte

ist bekanntlich die Führung einer Apotheke ein unabweisbares Bedürfnis. Diese Führung sollte jedoch stets und von Gesetzes wegen einem mindestens in der Rezepturfunde und Heilmittelanfertigungstechnik hinlänglich unterrichteten männlichen oder weiblichen Gehülften, den der Arzt aus dem Ertrage der Apotheke zu honorieren hätte, übertragen werden. Wenn die Frau Doktor oder seine Fräulein Tochter dieses Amt zu übernehmen wünschen, so sollten sie verpflichtet werden, einen mindestens dreimonatlichen praktischen Kurs in einer Apotheke durchzumachen und ein von dem bezirksärztlichen Kollegium abzunehmendes Examen zu bestehen. Die Kontrolle von seiten einer höhern Instanz über die finanzielle Gestion dieser ärztlichen Apotheken wäre hierbei wohl kaum zu umgehen, da es nicht gestattet werden könnte, daß Ärzte dieser Art die Patienten mittelst ihrer Apotheken in gewinnstüchtiger Absicht ausbeuten würden, in Berücksichtigung daß der Ertrag der Gesundheitscoupons ihnen ebensowohl wie den keine Apotheke führenden Ärzten zu gute käme.

Die speciell für die Krankenbehandlung resultierenden Vorteile dieser poliklinischen Organisation des Sanitätsdienstes scheinen mir mit hinreichender Deutlichkeit aus obigen Erörterungen hervorzugehen. Hingegen halte ich es nicht für überflüssig, auf andere günstige Folgen derselben mehr allgemeiner Art aufmerksam zu machen.

1) Kann wohl niemand verkennen, wie sehr dasselbe zur Verbreitung vernünftiger, sanitärischer Anschauungen beitragen würde, sofern den Ärzten die Kompetenz erteilt würde, sich jederzeit durch unbezahlte Besuche von der Befolgung ihrer therapeutischen oder sanitärischen Anordnungen zu überzeugen. Mächtig würde auch zur Verbreitung sanitärischer Bildung die Thätigkeit der jungen Vorpostenärzte beitragen, welche, da ihnen Zeit genug hierfür zur Verfügung stünde, sich mit Neophyteneifer der Volks-

belehrung annehmen und andererseits auch manche praktisch verwertbare Erfahrung aus dem ihnen bisher unbekannten Volksleben gewinnen würden.

2) Würden alle allgemeinen sanitarischen Anordnungen, welche von einem derartigen zu einheitlichem und durch keine Konkurrenzintriguen beeinträchtigtem Wirken vereinigten Kollegium ausgehen würden, auf weit geringeren Widerstand bei der Bevölkerung stoßen, als die Verordnungen eines einzelnen, kraft seiner staatlichen Anstellung meist den gehässigsten Anfeindungen ausgesetzten Bezirksarztes. Dieser Umstand würde auch gestatten, das Kollegium mit viel beträchtlicheren Kompetenzen auszurüsten, als dies bei personellen Bezirksärzten der Fall wäre.

3) Würden die statistischen und andern sanitarischen Mitteilungen des Kollegiums an die staatliche Sanitätsbehörde ein weitaus zuverlässigeres Material für staatliche Anordnungen bilden, als diejenigen ausschließlicher Staatsärzte oder sogar der gegenwärtig in manchen Kantonen mit dem offiziellen sanitarischen Rapportwesen betrauten personellen Bezirksärzte.

4) Würde das „Kollegialsystem“ am ehesten geeignet sein, gewissen reklamenhaften Schwindeleien gewisser unpatentierter, zuweilen auch patentierter Heilkünstler die Spitze abzubrechen. Denn es müßte wahrlich traurig mit der medizinischen Wissenschaft bestellt sein, wenn es den in regem und neidlosem Erfahrungsaustausch verkehrenden und einander in jeder Hinsicht getreulich assistierenden Ärzten nicht gelingen sollte, durch Kurerfolge, welche diejenigen der Kurpfuscher bei weitem übertreffen würden, dem Publikum derart zu imponieren, daß es die Lust zur Beratung der letztern allmählich verlieren würde. Hat doch die Erfahrung hinlänglich gelehrt, daß Gesetze und Dekrete den ärztlichen Stand nicht von diesem Übel zu befreien vermögen. Erfolge einerseits und Schaden anderseits sind die beste Belehrung.

5) Betone ich nochmals, daß die Aufgabe der Wohltätigkeits- und Unterstützungsinstitute, seien dieselben private oder öffentliche, ungemein erleichtert würde, wenn die Thätigkeit des Arztes gänzlich von jener der übrigen sanitärischen Leistungen abge sondert und als Leistung sui generis, welche die zu ihrer Ablöhnung erforderlichen Finanzmittel aus ihrer eigenen Natur zu schöpfen hat, betrachtet wird.

Es kann auch gewiß niemand verkennen, daß dieser fundamentale Unterschied meines Projektes von demjenigen der Herren Greulich und Cie. die Verwirklichung desselben in außerordentlicher Weise gegenüber jenem erleichtern würde. Trotzdem möchte ich, selbst wenn sich dasselbe den Beifall höherer Instanzen erwerben würde, keineswegs eine unmittelbare allgemeine Einführung desselben befürworten. Hingegen würde es mir eine große Genugthuung gewähren, wenn die Ärzte irgend eines gut umgrenzten Bezirkes, z. B. die Ärzte eines der kleinsten Kantone, selbst die Initiative ergreifen würden, um ein Experiment mit diesem System zu wagen. Am geeignetsten hierzu wäre wohl der Kanton Glarus, der durch die gänzliche Freigebung der ärztlichen Praxis sozusagen eine tabula rasa geschaffen hat, auf welcher sich am leichtesten und ohne dem Widerstande eingewurzelter Gewohnheiten zu begegnen mit einem neuen System experimentieren ließe. Die dortigen, mit eidgenössischem Patent versehenen Ärzte dürften auch am ehesten ein System begrüßen, das ihnen vielleicht besser und schneller als irgend ein anderes die verlorene Stellung wieder zu erobern vermag. Ein solches Experiment würde in wenigen Jahren über Wert oder Unwert des Systems entscheiden und im letzteren Falle wenigstens nützliches Material und aufgeklärte Anschauungen über eine rationelle Organisation des Sanitätsdienstes sowohl in den Räten als im Publikum verbreiten, ohne hierzu einen mit teuern Cigarrenabfällen bestreuten Weg betreten zu müssen.

III.

Ich komme zum dritten Kapitel meiner Positionen, der Verantwortung des Staates in sanitarischen Angelegenheiten. Sie befundet sich durch den Erfolg oder Mißerfolg der staatlichen Geseze und Einrichtungen auf den Gesundheitszustand des Volkes, welche fast ausnahmslos zu dem letztern in mehr oder minder inniger Beziehung stehen. Welche Wirkung u. a. die Armengesetze, die Schulgesetze, die Lebensmittelpolizei, die Bauverordnungen, die Wirtschaftskonzessionen und noch vieles andere auf den Gesundheitszustand des Volkes ausüben, kommt nachgerade wenigstens dem sogenannten gebildeten Publikum ziemlich allgemein zum Bewußtsein. Je unvollkommener die allgemeine Gesetzgebung, desto höher steigen die Auslagen der staatlichen und kommunalen Finanzverwaltungen für Unterbringung und Verpflegung unvermögliher Patienten in allen möglichen aus Staatsmitteln errichteten oder wenigstens subventionierten Anstalten. An der Verantwortlichkeit des Staates für die daherigen Auslagen dürfte daher in logischer Beziehung wenigstens wohl kaum herumzumäkeln sein. Allein wenn nun das Initiativbegehren dem Staat auch die Aufgabe zuweisen will, auch sämtliche außerhalb der Spitäler sich aufhaltenden unvermöglihen Patienten gratis zu behandeln und zu verpflegen, so wird damit nur so viel erreicht, daß ihm schließlich die Mittel ausgehen, die Spitalpflege, die ihm eben allein die Aufgabe ermöglicht, sich unvermögliher Patienten in zweckentsprechender Weise anzunehmen, auf seine Kosten auszuführen. Es ist somit das Initiativbegehren in dieser Beziehung geradezu eine *contradictio in adjecto* oder, um es ehrlich deutsch zu sagen, ein Unsinn, der eine ihren Zweck gänzlich verfehlende Verschleuderung der Staatsfinanzen herbeiführen wird.

Überdies ist zu dem Initiativbegehren zu bemerken, daß dasselbe wohl Makulaturarbeit bleiben wird, wenn die unentgeltliche Krankenpflege (wie nach neuester Redaktion zu lesen) „unter Mitwirkung der Kantone in der Organisation und Verwaltung“ zu stande kommen soll. Die Herren Initianten wären wohl zu ersuchen, unsere löbliche Eidgenossenschaft vor allem aus von der ärger als je seit anno 1848 grassierenden Kantönlifrankheit mittelst zweckentsprechender Initiativbegehren zu kurieren, bevor sie mit der Patientin derartige Kraftproben vornehmen, wie ihr durch die unentgeltliche Krankenpflege zugemutet werden.

Des weitem an dieser Stelle über die Erfüllung der allgemeinen sanitarischen Staatsaufgaben herauszurücken, würde ich als eine ganz unstatthafte Anmaßung betrachten, und darf man wohl in dieser Hinsicht dem neu creirten eidgenössischen Sanitätsdirigenten das Vertrauen entgegenbringen, daß er alles leisten wird, was unter obwaltenden Umständen möglich ist. Sinegegen darf ich mir wohl das platonische Vergnügen erlauben, einige fromme Wünsche, rücksichtlich der Universitätsstudien, zu Papier zu bringen, soweit sie mit meinem Kollegialsystem in Zusammenhang stehen; denn ich huldige hierbei dem Grundsatz, daß für den ärmsten Patienten noch viel mehr als für den reichsten, für die Bewohner von Abländschen oder Gasteren noch eher als für die Bewohner der Universitätsstädte nur die beste ärztliche Hülfe gerade gut genug ist. Da jedoch die Praxis in solchen Ortschaften unmöglich ständig daselbst amtierenden Ärzten zugewiesen werden kann, so ist es aus diesem gewissermaßen freilich nebensächlichen Grunde notwendig, daß die dahin beordneten Universitätsabiturienten dort nicht nur als junge Bröbler, sondern, mit vollkommener praktischer wie theoretischer Vorbildung ausgerüstet, als vollwichtige, wenn auch noch nicht durch lange Erfahrung gereifte Ärzte daselbst amtieren.

Ich darf mich nun auf das Votum berufen, das an der in Bern abgehaltenen jüngsten Jahresversammlung schweizerischer Ärzte von einem jüngern hervorragenden Chirurgen gelegentlich der Diskussion über Unfallversicherung abgegeben wurde, wenn ich die Ansicht ausspreche, daß die Mehrzahl der medizinischen Abiturienten unserer Hochschulen nicht hinlänglich praktisch durchgebildet sind, um die Verantwortlichkeit des schwersten aller Berufe in vollem Umfange übernehmen zu können.

Die verschiedenen Momente, die hier in Betracht kommen und auf ihren relativen Wert oder Unwert für die Ausbildung des Mediziners untersuchungsbedürftig erscheinen, sind:

- 1) Die Gymnasialbildung und die Maturitätsprüfung.
- 2) Der Studiengang an der Hochschule und die Prüfungen an derselben.
- 3) Die Überfüllung der für den praktischen Unterricht an den Universitäten errichteten Institute.

1) Obschon die Folgen der Sünden einer fehlerhaften Gymnasialbildung durch den Besuch der Hochschule mehr oder minder repariert werden, sofern nämlich der Mediziner sie selbst zu korrigieren wünscht, so ist es doch nicht überflüssig, einige Worte hierüber zu verlieren. Während früher in den Gymnasien Übertriebenes in den klassischen Sprachen geleistet wurde, geht der heutige Zug der Zeit dahin, das Kind mit dem Bade auszuschütten, und an ihrer Stelle den Schüler mit Naturwissenschaften vollzustopfen, gerade zum Schaden der medizinischen Propädeutiker, wie ich entgegen der landläufigen Meinung zu behaupten wage; denn die Väter der Gymnasialabiturienten erfahren es zur Genüge, daß die naturwissenschaftliche Tünche, die ihre Söhne im Gymnasium erhalten, in den meisten Fällen den Eifer zu späterem gründlichem Studium der propädeutischen Naturwissenschaften gründlich verdirbt.

Wenn an die Stelle der naturwissenschaftlichen Fächer ein zweckmäßig eingerichteter Zeichnungsunterricht treten würde, der den Schüler befähigte, Gesehenes rasch und richtig perspektivisch und mit richtiger Schattenverteilung zu skizzieren, wenn auch ohne vollendete Ästhetik — ferner auch etwas Handfertigkeitsunterricht zur höhern oder niedern Gymnasialbildung hinzutreten würde, so würde nicht nur die Sinnes-, sondern auch die Verstandesbildung weit mehr hiervon profitieren, als von manchem andern eingetrichterten Kram, der nach ängstlich absolviertem Maturitätsexamen wieder spurlos verduftet.

Ferner: Was soll es nützen, das Griechische auf fakultativen Halbsold zu setzen und mit fakultativem Englisch gleichwertig zu erklären, gerade als ob die Staatsmittel dazu da wären, den Mediziner zu einer Studienreise nach London oder zum Lesen englischer medizinischer Journale zu befähigen, ihm aber andererseits die Möglichkeit zu benehmen, den Sinn der griechischen Fremdwörter zu verstehen, von welchen die medizinische Sprache ganz durchsetzt ist, und dies mit gutem Grunde, da keine der neuern und ältern Sprachen derart wie die griechische geeignet ist, mit einem einzigen Worte eine ganze Reihe von Vorstellungen zu klassifizieren. Die legislatorische Weisheit, zu begreifen, eine für den medizinischen Unterricht so hochwichtige Sprache zu vernachlässigen, dazu reicht mein beschränkter Unterthanen-Verstand wirklich nicht hin.

2) Rückichtlich des Studiengangs an der Hochschule scheint mir die Methode der Franzosen, jedes Jahr, nach Absolvierung gewisser Fächer, eine Prüfung vorzunehmen, weit vorzüglicher, als diejenige der Deutschen, welche den Studenten zu einer großen Zersplitterung seiner geistigen Kräfte zwingt. Nur sollten nach meinem Dafürhalten die Prüfungen nicht von den Lehrern jener Fächer, welche die Studenten besuchen, sondern von denjenigen

Vehreſen abgenommen werden, deren Vorleſungen die Kenntniß der vorher ſtudierten Fächer erheiſchen. Wenn z. B. im erſten Jahr Chemie, Phyſik, Botanik und Zoologie gelehrt würden, ſo hätten die Prüfungen über dieſe Fächer die Profefſoren der Phyſiologie, Anatomie, Bakteriologie ꝛc. abzunehmen, weil ſie viel eher als die vorhergehenden Lehrer zu beurteilen im ſtande ſind, ob der Examinand ihren Vorleſungen mit Nutzen wird zu folgen vermögen, und zwar ſollte dieſes Prüfungssystem ſchon bei der Maturitätsprüfung einſetzen, vermöge welcher Einrichtung mit einem Schlage die gegenwärtig von höherer Seite angeordnete, geradezu haarſträubende Maturitätspaukerelei, die alles mögliche, aber am allerwenigſten die geiſtige Reife des Jünglings für Univerſitätsſtudien beweist, unterbleiben. Deſgleichen ſollten die medizinischen, chirurgiſchen und geburtshülſlichen Kliniker die Prüfungen über Anatomie, Phyſiologie, Embryologie ꝛc. abnehmen. Es wäre müßig, in weiteres Detail über dieſes Prüfungssystem einzutreten, nur möchte ich bezüglich der Schlußprüfung noch bemerken, daß manchen recht fähigen Köpfen eine große Wohlthat erwieſen würde, wenn das Prüfungskollegium oder wenigſtens das Urteilkollegium nicht aus Profefſoren, ſondern aus hervorragenden, den Profefſoren mehr oder minder ebenbürtigen Praktikern gebildet würde.

Die beiden integrierenden Beſtandteile meines Entwurfes einer neuen Sanitäts-Organisation, das auf der Grundlage der Krankheitsverhinderung, nicht der Heilung, ſich ſtützende Coupon-System und das die Ansprüche des Geiſthirten an ſanitarische Pflege in gleicher Weiſe wie diejenigen des ſtädtiſchen Arbeiters berücksichtigende Bezirks-Kollegialsystem, ſtellen ſo hohe Anforderungen an die Bildung der Ärzte, daß mit dem gegenwärtigen Schlen-drian des Studiengangs unter allen Umſtänden gebrochen

werden müßte. Denn nicht mehr soll Hygiea von Askulap als Milchkuh benützt werden, sondern Hygiea soll Königin sein und Askulap ihr erster Minister, dessen Dienste sie je nach Gebühr belohnt. Es muß daher namentlich der Volkshygieine und dem Studium der mit ihr im Zusammenhang stehenden Geseze eine ganz hervorragende Stelle im Studienplan eingeräumt und dieses Fach dem Prüfungsmaterial einverleibt werden. Allerdings müßten dann auch, damit die erworbenen Kenntnisse nicht nur platonische bleiben, die Bezirkskollegien mit sehr weitgehenden Kompetenzen im Rahmen der bestehenden Geseze und mit mächtigem Einfluß in den Räten behufs Vorschlägen und Beratungen neuer Geseze ausgerüstet werden. Dies vorausgesetzt, würde die Anstellung einer geeigneten Persönlichkeit als Lehrer der Hygieine, dem in dem physikalischen und chemischen Laboratorium der Universität ein eigenes Kabinett eingeräumt werden müßte, zur Förderung der Volksgesundheit innerhalb weniger Universitätsgenerationen ganz beträchtliches leisten und mittelst dieser zur Hebung des Volkswohlstandes, der Volksbildung und schließlich auch der Volksmoral mehr beitragen, als die pilzartig sich vermehrenden Kirchenbauten.

Nebst der Hygieine, welche auf das letzte Studienjahr zu verlegen wäre, sollte in diesem letzten Jahre der Mediziner in sämtlichen Specialitäten, welche besondere technische Fertigkeit und Übung verlangen, derart unterrichtet werden, daß er wenigstens im stande wäre, sichere Diagnosen zu stellen, welche ihn befähigen, zu bestimmen, ob der betreffende Patient einem specialistisch ausgebildeten Operateur zuzuführen sei oder nicht. Für den Laien geht die Wichtigkeit einer solchen Diagnose aus dem Beispiel hervor, das ich im ersten Abschnitt dieser Arbeit auf pag. 12—13 angeführt habe. Eine solche Bildung allein würde das Ideal annähernd erreichen, das ich mir von einer fachge-

mäßen und volkstümlichen Krankenpflege mache. In den Vorposten Professoren anzustellen, wird niemand verlangen; wenn in solchen junge Ärzte amtieren, deren Fachbildung sie zu selbständigem Handeln nach allen Richtungen befähigt, so dürfte wohl das Höchste erreicht sein, was überhaupt erreichbar ist.

Dem Universitätsstudium, für welches ich 5 Jahre ansehe, müßte noch eine einjährige praktische Bildung folgen, welche durch das Kollegialsystem an und für sich bedeutend verallgemeinert werden könnte, da jedem Bezirkskollegium einige poliklinische Assistenten beigelegt werden könnten, für welche die amtierenden Ärzte als Lehrer fungieren würden. Desgleichen würden auch in den Spitälern der Bezirkshauptorte, welche stets mit einem solchen versehen sein sollten, Assistenten fungieren. Derartige einjährige Assistenzen würden den Mediziner erst zur Schlußprüfung berechtigen. Dieser Assistentz würde dann der bereits früher erwähnte Vorpostendienst folgen. Es würden somit durchschnittlich 7 Jahre erforderlich sein, bis der Eintritt in das bezirkskollegiale, Gesundheit fabrizierende Compagniegeschäft das ganze Studiengebäude krönen würde.

Es erhellt aus obigem, daß dieser Bildungsgang das Studium der Medizin zum Monopol der sehr vermöglichen Gesellschaftsklassen machen würde, wenn nicht von Staats wegen dafür gesorgt würde, daß dieses Studium nicht den reichsten, sondern den fähigsten Jünglingen (aber nur diesen) aller Gesellschaftsklassen zugänglich gemacht würde, ein *pium desiderium*, das bei den heutigen Schuleinrichtungen noch sehr lange auf Erfüllung warten dürfte. Der Gegenstand wäre einer sehr eingehenden besondern Betrachtung sehr würdig, wenn ich denselben nicht als zu weit von dem Thema meines Aufsatzes abführend verlassen

müßte, um schließlich noch eines namentlich an unserer Berner Hochschule recht fühlbaren Übelstandes zu gedenken, dessen Beseitigung um so wünschbarer wäre, je höhere Anforderungen an die Bildung schweizerischer Ärzte gestellt werden. Es betrifft derselbe:

3) Die Überfüllung unserer klinischen Hörsäle mit Elementen, welche für unser Land niemals zu praktischer Verwendung gelangen.

Ohne einem beschränkten Nativismus zu huldigen, darf man sich nämlich doch füglich fragen, ob es gerechtfertigt sei, an unserer für einen kleinen Bauernstaat ganz enorme Opfer heischenden Fakultät Studierende männlichen oder weiblichen Geschlechts zuzulassen, welche sich nicht einmal über die nötige Vorbildung zum Universitätsbesuch ausgewiesen haben, und durch diese unsere eigenen Landesfinder in dem Nutzen schädigen zu lassen, den sie aus den praktischen Übungen zu ziehen berechtigt und verpflichtet sind; ferner ob die Kollegiengelder nicht für Kantonsangehörige mindestens auf die Hälfte zu reduzieren wären. — Ferner ob es nicht angemessen wäre, jene Kantone, welche keine medizinische Fakultät besitzen, zu Beiträgen an die bestehenden Fakultäten zu verpflichten, wodurch sie in den Studienrechten den Kantonsangehörigen gleichgestellt würden. Falls der bekannte Initiativ-Beutezug der Ur-Kantone Erfolg haben sollte, wäre es jedenfalls mehr als gerechtfertigt, die daherigen ihnen zufließenden „Matrikular-Beträge“ für „Immatrikulierungszwecke“ der „Ur-Studenten“ heranzuziehen.

Wenn ich schließlich noch die nachgerade horrend abusive, alljährlich in Summa mindestens $5\frac{1}{2}$ Monate umfassende Ferienzeit erwähne, deren Reduktion auf 3 Monate die ganze Studienzeit um beinahe ein volles Jahr zu verkürzen vermöchte, so glaube ich die wichtigsten Momente, welche die Bildung unserer Mediziner beeinträch-

tigen, berührt und gewisse Richtungen angedeutet zu haben, nach welchen Verbesserungen unseres Fakultätslebens zu wünschen wären.

Es mag nun wohl manchem Leser scheinen, der letzte Abschnitt meines Aufsatzes sei eine nicht hierher gehörende Abschweifung von dem Hauptthema desselben, der unentgeltlichen Krankenpflege und ihrem Ersatze durch ein anderes System, gewesen, allein mein oben dargelegtes Kollegialsystem stellt so hohe Anforderungen an das Können des Arztes, daß ich es für gerechtfertigt hielt, einige Andeutungen über den Weg beizufügen, der zu diesem schwierig zu erreichenden Ziele zu führen scheint.

Ob mein Ziel ein rationelleres sei als dasjenige der Initianten, darüber werden wohl meine Kollegen ihr Urteil abgeben. Jedenfalls möge man die Gefahr nicht unterschätzen, die dem ganzen ärztlichen Stande und somit auch der Volkswohlfaht nicht sowohl durch das Initiativbegehren selbst als durch eine mittelst desselben in falsche reformatorische Bahnen geleitete Stimmung des Publikums und der Räte bereitet wird. Daß der status quo dem Gelingen des Initiativbegehrens noch bei weitem vorzuziehen sei, darüber wird man in unsern Kreisen wohl so ziemlich einig sein, und ist zu hoffen, daß die schweizerischen Ärzte viribus unitis und ohne um die momentane Gunst des irregeleiteten Volkes zu buhlen, kommunistischen Gelüsten, die den Namen von socialen gar nicht verdienen, diesmal energischen Widerstand entgegensetzen. Der große Gänsmarsch für die unentgeltliche Krankenpflege hat bereits begonnen. Möchten doch die Führer unseres Arztestandes das „*principiis obsta*“ eindringlichst beherzigen, bevor das Initiativbegehren die erforderliche Anzahl von Unterschriften erreicht hat.

Wenn ich nun allgemeinem Usus gemäß meinen Aufsatz mit „Thesen“ beschließen soll, so sind dies folgende:

I. Die sogenannte „unentgeltliche“ Krankenpflege, nach dem Vorschlage des Initiativbegehrens ausgeführt, ist keine solche, sondern wird 1) wenn sie anders in einer den Gesundheitszustand des Volkes hebenden Weise ins Werk gesetzt wird, trotz Tabakmonopol, eine ungeheuerliche Mehrbelastung des steuerzahlenden Bürgers herbeiführen. 2) Sie wird ferner einen Klassenhaß innerhalb des Arztestandes zur Folge haben, indem derselbe in staatlich besoldete Armenärzte und aus der Praxis lebende Reichenärzte getrennt wird. 3) Sie wird endlich einen großen und sehr achtungswerten Bruchteil der Bevölkerung, nämlich den redlich, aber kärglich aus ihrem Erwerbe lebenden Bürgern, das Selbstgefühl und das Interesse an sanitarischen Fragen rauben, indem sie dieselbe einerseits in einen der Armenengenössigkeit ähnlichen Zustand versetzt, andererseits ihr die Hoffnung benimmt, daß noch durch anderes als durch Rezepte und ärztliche Besuche für deren Gesundheit gesorgt werde.

II. Soll eine rationelle Reform der Krankenpflege angebahnt werden, so muß sich eine solche auf folgende Grundsätze stützen: 1) Dem Arztestande ist der Charakter der Gesundheits- und nicht der Krankheitserhaltung, in welcher der Arzt heutzutage seine Erwerbsquelle findet, zu verleihen. Auf dieser Grundlage ist das ganze Gebäude der Organisation des Volksgesundheitsdienstes aufzurichten. 2) Die Ärzte sollen sich innerhalb territorial geeigneter Bezirke zu poliklinischen Instituten vereinigen, welche gemeinsam, jedoch nach dem Prinzip fachmännischer und territorialer Arbeitsteilung, die Förderung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung des betreffenden Bezirkes bezwecken. 3) Die Lieferung pharmaceutischer Heilmittel ist der Beschaffung der übrigen Heilmittel beizuordnen und

die Aufgabe dieser Beschaffung freiwilligen oder obligatorischen Unterstützungsinstituten zuzuweisen. 4) Diese Aufgabe allein ist als Krankenverpflegung zu bezeichnen, während diejenige der Ärzte mit dem Namen Gesundheitspflege zu belegen ist. Jede dieser beiden Aufgaben erfordert eine organisatorisch und finanziell durchaus verschiedene Behandlung.

Nachschrift.

Meine kleine Broschüre ist nolens volens zu einer politischen Streitschrift ausgewachsen, und so mag denn zum Schluß noch die Bemerkung Aufnahme finden, daß, wie aus gewissen Äußerungen der socialdemokratischen Presse zwischen den Zeilen zu lesen ist, den Führern dieser Partei die Initiative für das Tabakmonopol noch weit mehr am Herzen zu liegen scheint, als diejenige für die unentgeltliche Krankenpflege, welche wohl nur als „ideale“ Hintertüre zur Einführung des erstern dienen soll. Das Tabakmonopol bildet nämlich ein treffliches Präcedens, um zu gelegener Zeit, wenn nicht nur die Arbeiter, sondern auch die Kleinbauern hinlänglich „proletarisch“ geworden sind (letzteres besorgen die Kapitalisten und Großbauern ohne Beihilfe der Socialdemokraten), eine Initiative für das Kartoffelmonopol auf's Tapet zu bringen, mit dessen Einführung oder auch nur Anregung die Thüren weit geöffnet würden, für die erhoffte „Gesamtverstaatlichung aller Produktionsmittel“, quod erit petendum.

Im Verlage von Schmid, Francke & Co. erschien:

Wie stelle ich mich zur sozialen Frage?

Gedanken und Vorschläge eines Schweizers.

Inhalt: 1. Inhalt der sozialen Frage. 2. „Freiland“ und die Landwirtschaft. 3. Die Sozialdemokratie. 4. Religion und Kirche. 5. Sozialreform. 6. Politische Gesichtspunkte. 190 Seiten 8°. Preis Fr. 2.—

An Schriften über die soziale Frage fehlt es uns heute zwar nicht; aber es fehlte bisher an einer Schrift, die dieselbe vom spezifisch bernischen Standpunkte aus nach etwas weitern Gesichtspunkten und in leicht verständlicher, anregender Weise behandelt. Diese Aufgabe hat der Verfasser in vorliegender Schrift glänzend gelöst und jeder Bürger, der ein Herz für unser Land und Volk hat und bezüglich seiner Stellung zur sozialen Frage mit sich ins Reine zu kommen wünscht, sollte sich diese überraschend klaren Darlegungen eines scharfen Denkers zu eigen machen.

Schweizerisches Obligationenrecht u. Bundesgesetz über persönliche Handlungsfähigkeit.

In den drei offiziellen Texten mit alphabetischem Sachregister in deutscher, französischer und italienischer Sprache. (Beglaubigte Ausgabe.) 644 Seiten 8°. Früherer Preis: Broschiert Fr. 5, geb. Fr. 7. Herabgesetzter Preis: Broschiert Fr. 1. 50, geb. Fr. 2. 50.

Die Exemplare sind selbstverständlich ungebraucht und wie neu.

Das Bundesgesetz betreffend die Arbeit in den Fabriken,

von 23. März 1877. Kommentiert durch seine Ausführung in den ersten 10 Jahren seines Bestehens, 1877—1887. Mit einem Anhang: Eidgenössische Haftpflichtgesetzgebung. 169 S. 8°. Bern, 1888. Broschiert Fr. 1, kartonniert Fr. 1. 20.

In handlichem Format gewährt diese Sammlung einen vollständigen und klaren Überblick über diesen wichtigen Zweig der schweiz. Gesetzgebung und ermöglicht es jedermann, sich ohne Schwierigkeit über jede einzelne Bestimmung zu unterrichten.

Geschichte des Armenwesens im Kanton Bern von der Reformation bis auf die neuere Zeit.

Im Auftrage der bernischen Armendirektion dargestellt von Dr. Karl Geiser. 522 Seiten gr. 8°. Preis Fr. 5.— (Soeben erschienen!)

Der Verfasser entwirft in diesem umfangreichen Bande ein außerordentlich wechselvolles Bild über die Entwicklung der öffentlichen Armenpflege des Kantons Bern im Zusammenhang mit den wirtschaftlichen Zuständen der Gemeinde- und Niederlassungsverhältnisse.



Durch jede Buchhandlung zu beziehen.



Beck, Gustav

Zur Frage der unentgeltlichen Krankenpflege Negationen und Positionen. (
Diskussionsfragen Heft 1)

Bern 1894

Pol.civ. 10 v

urn:nbn:de:bvb:12-bsb11883507-9